Universität Bremen,
Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

BiPS Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Rauchen ▪ Gewicht ▪ Bewegung ▪ Früherkennung

Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen

Eine geschlechtervergleichende Auswertung
der Bremer Umfrage GESUNDHEIT!

Zweiter Ergebnisbericht einer Umfrage
bei Bürgerinnen und Bürgern in Bremen und Bremerhaven

Im März 2006

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bremer Senats herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Impressum

Rauchen . Gewicht . Bewegung . Früherkennung
Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen:
Eine geschlechtervergleichende Auswertung der Bremer Umfrage GESUNDHEIT!

Zweiter Ergebnisbericht der Bremer Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!

Bremen, im März 2006

Herausgeber / Bezug

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Referat 30
Bahnhofsplatz 29, 28195 Bremen
www.bremen.de/gesundheitssenator

Tel.: 0421 / 361 4804
Email: janine.pfuhl@gesundheit.bremen.de

Bericht im Internet unter:
http://217.110.205.153/private/aktuell/rubrik_set552.htm?artikel7925.htm

Autorinnen des Berichts

Ingeborg Jahn, Ronja Foraita, Hermann Pohlabeln
unter Mitarbeit von Carola Lehmann, Anjuli Birn, Karin Hilbig,
Regine Albrecht, Iris Pigeot
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
Linzer Str. 10, 28359 Bremen
www.bips.uni-bremen.de

Konzeption, Fragebogenentwicklung und Durchführung der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Referat Gesundheitsdaten/ -planung, Frauen und Gesundheit
Silke Stroth, Janine Pfuhl, Antje Post

Dr. Gerd Marstedt, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik
(wissenschaftliche Beratung)

Dr. Ingeborg Jahn, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
(wissenschaftliche Beratung und Erhebungsorganisation)

Titelblatt: **Fotos von www.photocase.de**

Druck: **Hausdruckerei des Senators für Finanzen Bremen**

Auflage: **100**

Inhaltsverzeichnis

1 Kurzfassung 5

2 Einführung 7

3 Exkurs: Soziale Ungleichheit und Gesundheit 10

4 Daten und Methoden 15

4.1 Die Befragung GESUNDHEIT 15
4.1.1 Erhebungskonzept 15
4.1.2 Fragebogen 16
4.1.3 Beteiligung und Ausschöpfung 16
4.2 Auswertungskonzept 17
4.2.1 Untersuchungsmodell 17
4.2.2 Indikatoren und Variablen (Operationalisierung) 18
4.2.3 Auswertungsmethodik 19
4.2.4 Bezüge zum ersten Ergebnisbericht 19

5 Ergebnisse 20

5.1 Beschreibung der Auswertungsgruppe 20
5.2 Darstellungsmodus und Lesehinweis 25
5.3 Fragenkomplex 1: Wer sind die Menschen mit hohen/niedrigen gesundheitlichen Belastungen, insbesondere bezogen auf Rauchen, Gewicht und Bewegung? 29
5.3.1 Risikofaktor „Rauchen“ 29
Frauen 29
Männer 31
Geschlechtervergleich 33
5.3.2 Risikofaktor „Übergewicht“ 34
Frauen 34
Männer 37
Geschlechtervergleich 38
5.3.3 Risikofaktor „Wenig Bewegung“ 39
Frauen 39
Männer 41
Geschlechtervergleich 43
5.3.4 Kumulation von Risikofaktoren 44
Frauen 45
Männer 49
Geschlechtervergleich 52
5.3.5 Zusammenfassung 53

5.4 Fragenkomplex 2: Welche Personengruppen zeigen eine hohe/niedrige Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen? 54
5.4.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen 54
Frauen....54
Männer....55
Geschlechtervergleich 57
5.4.2 „Check up 35“....58
Frauen....58
Männer....59
Geschlechtervergleich 60
5.4.3 Zahnvorsorge 61
Frauen....61
Männer....62
Geschlechtervergleich 63
5.4.4 Zusammenfassung 64
5.5 Fragenkomplex 3: Wer sind die Menschen mit gutem bzw. schlechtem selbst berichteten Gesundheitszustand?....65
5.5.1 Indikator „Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes“ 65
Frauen....65
5 Männer....68
Geschlechtervergleich 71
5.5.2 „Alltägliche Einschränkung durch chronische Krankheit oder Behinderung“....72
Frauen....72
Männer....75
Geschlechtervergleich 77
5.5.3 Zusammenfassung 78

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 79

7 Literatur 86

8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis 88

8.1 Tabellenverzeichnis....88
8.2 Abbildungsverzeichnis....89

9 Anhang 99

9.1 Anhang zu Abschnitt „Beteiligung und Ausschöpfung“....100
9.2 Fragebogen....101
9.3 Anhang zu Abschnitt „Indikatoren und Variablen (Operationalisierung)“....118
9.4 Anhang zu Abschnitt „Auswertungsmethodik“ 123
9.5 Anhang zum Kapitel „Ergebnisse“ 125
9.5.1 Ergebnisse der graphischen Modelle für die Zielvariablen 125
9.5.2 Ergebnisse der Baumanalysen für alle Zielvariablen mit allen Ausprägungen....154

1 Kurzfassung

Ziel dieses Berichtes ist es, einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten und auf der empirischen Basis der Bremer Umfrage GESUNDHEIT! Zielgruppen und Settings für präventive Interventionen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zu identifizieren.

1. Im Hinblick auf Primärprävention stehen die epidemiologisch gesicherten relevanten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht sowie Bewegungsmangel im Mittelpunkt.
2. Sekundärprävention wird am Beispiel der Beteiligung an Früherkennungsangeboten betrachtet, auf die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch besteht (Zahnvorsorge, Krebsfrüherkennung, Check up 35).
3. In Bezug auf Tertiärprävention kommen Bevölkerungsgruppen in den Blick, die bereits gesundheitlich eingeschränkt sind.

In die Analyse wurden 2.070 Frauen und 1.521 Männer zwischen 18 und 80 Jahren einbezogen. Die Auswertung folgt einem Rahmenmodell zur Untersuchung von Gesundheit und sozialer Ungleichheit, in dem Faktoren der Makroebene (Soziale Lage, soziale Ungleichheit), Mesoebene (gesundheitliche Ressourcen und Belastungen) und Mikroebene (individuelles Gesundheits- und Krankheitsverhalten, gesundheitliche Lage) unterschieden werden. Die Identifizierung von Gruppen erfolgte – getrennt für Frauen und Männer – für jede Zielvariable (Rauchen, Bewegung, Gewicht, Index für Risikokumulation, Krebsfrüherkennung, Check up 35, Zahnvorsorge, subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit, Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und Behinderung) in einem mehrstufigen Prozess mit Hilfe multivariabler und multivariater statistischer Verfahren („Graphische Modelle“ und „Baumanalyse“).

Die Ergebnisse zeigen einerseits, dass auch für das Land Bremen die im Rahmen der Diskussion um soziale Ungleichheit und Gesundheit hervorgehobenen Einflussfaktoren bzw. Zielgruppen von Bedeutung sind: Insbesondere werden im Hinblick auf die untersuchten Komplexe häufig Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen hervorgehoben. Es zeigt sich andererseits auch, dass der Bildungsabschluss (hier verwendet als Indikator für „Soziale Schicht“) nicht immer die wichtigste Rolle spielt, sondern dass bisweilen andere Aspekte der sozialen Lage in den Vordergrund treten.

Im Hinblick auf das Risikoverhalten (Rauchen, wenig Bewegung, Übergewicht/Adipositas) wurden z.B. ältere verwitwete Männer, allein lebende Männer, geschiedene Frauen sowie nicht erwerbstätige Frauen und Männer hervorgehoben.

Die Anteile an Personen, die sich nicht an der Zahnvorsorge beteiligen, sind überdurchschnittlich hoch bei jüngeren und älteren Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen sowie bei älteren ledigen und verwitweten Männern sowie nicht erwerbstätigen Männern jüngerer und mittlerer Altersgruppen.

In Bezug auf die gesundheitliche Lage zeigt sich erwartungsgemäß eine deutliche Abhängigkeit vom Alter. Doch auch hier gibt es weitere Differenzierungen: So ist der Anteil von Frauen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut/schlecht beschreiben, bei den nicht erwerbstätigen Frauen mittleren Alters ähnlich hoch wie bei den älteren Frauen. Vergleichsweise hohe Anteile an Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut/schlecht beschreiben, fanden wir zum Beispiel auch bei erwerbstätigen verwitweten Männern mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen und bei allein lebenden Männern. Weiterhin gibt es Hinweise, dass Frauen und Männer, die ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug

auf ihre Gesundheit als eher gering einschätzen, ungünstigere Werte in Bezug auf die untersuchten Gesundheitsaspekte hatten als Personen, die diese eher als hoch bewerten.

Die Ergebnisse stehen in gutem Einklang mit der nationalen und internationalen Literatur und sind eine wichtige empirische Grundlage für regionale gesundheitspolitische Aktivitäten zum Abbau gesundheitlicher Belastungen und zur Stärkung von individuellen Ressourcen, insbesondere in den Settings Gemeinde und Betrieb. Als nächste Schritte bieten sich Diskurse mit den relevanten Akteuren an: Krankenkassen, Ärzteschaft, regionale Netzwerke, Selbsthilfegruppen, Gewerkschaften, Volkshochschule, Wissenschaft etc., um – unter Einbezug vorhandener Erfahrungen und der Problemsichten der anvisierten Zielgruppen – partizipativ innovative Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren.

2 Einführung

Die Stärkung von Primärprävention im System der gesundheitlichen Versorgung ist eines der aktuellen gesundheitspolitischen Themen der letzten Jahre. Auch wenn – wegen des Scheiterns des Präventionsgesetzes in der letzten Legislaturperiode – bislang keine (über den § 20 SGB V hinausgehende) gesetzliche Grundlage für die Finanzierung von Primärprävention vorhanden ist, wurde doch nachhaltig ein Bewusstsein für die Notwendigkeit gesundheitspolitischer Aktivitäten mit primärpräventiver Perspektive gestärkt. Es werden – unter dem Stichwort „evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung“ – zunehmend Fragen der Wirksamkeit diskutiert und eine wissenschaftliche Evaluation von Angeboten gefordert. Im Hinblick auf die Inhalte von Primärprävention können zwei Diskussionsschwerpunkte hervorgehoben werden:

- Der Beitrag von gesundheitlicher Prävention zum Abbau sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen (§3 des Entwurfs für ein Präventionsgesetz). Die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ ist zudem explizites Ziel im § 20 SGB V, der die Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Selbsthilfe regelt.
- Im Hinblick auf die Wirksamkeit wird vor allem die Entwicklung zielgruppengerechter Angebote gefordert, wobei Settingansätzen besondere Vorteile zugesprochen werden.

Die Realisierung einer wissenschaftlich fundierten Primärprävention steht noch sehr am Anfang. Während bislang eine primär an Risikofaktoren orientierte eher naive Herangehensweise im Mittelpunkt steht und allenfalls vage Vorstellungen über Zielgruppen bestehen („Rauchen ist in sozial benachteiligten Lebensverhältnissen weiter verbreitet als in sozialen Oberschichten" oder „Menschen mit Hauptschulabschluss rauchen öfter als Menschen mit Abitur"), erfordern die Entwicklung und Umsetzung evidenzbasierter Angebote mehr:

- Eine epidemiologisch begründete Kenntnis der Ursachen und Ursachenbündel der Krankheiten, die verhütet werden sollen.
- Wissenschaftlich basierte Vorstellungen darüber, wie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Individuen und Bevölkerungsgruppen in Richtung einer gesünderen Lebensweise verändert werden kann.
- Eine genauere Beschreibung von Zielgruppen und Settings, für die Interventionen zu konzipieren, umzusetzen und zu evaluieren sind.

Während das Wissen zur Ätiologie der relevanten Volkskrankheiten im Allgemeinen soweit entwickelt ist, dass man sich auf den Weg machen kann, das Risikoverhaltenspanorama zu verändern, steht eine umfassende Theorie der Interventionen zur Veränderung gesundheitsbezogenen Verhaltens und gesundheitsrelevanter Verhältnisse noch aus. Gleichwohl existieren ausformulierte Vorstellungen, auf deren Grundlage Interventionen geplant und umgesetzt werden können (für eine Übersicht vgl. Nutbeam und Harris 2001).

Die hier vorgelegte Auswertung hat das Ziel, einen pragmatischen Beitrag zur Weiterentwicklung von Prävention (und Gesundheitsförderung) zu leisten. Dazu wird konkret auf empirischer Basis versucht, Fragen nach Zielgruppen und Settings für präventive Interventionen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens im Land Bremen zu beantworten, wobei Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention angesprochen werden:

- Im Hinblick auf Primärprävention stehen die epidemiologisch gesicherten relevanten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht sowie Bewegungsmangel im Mittelpunkt.

- Sekundärprävention wird im Kontext von Früherkennungsangeboten betrachtet, für die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein gesetzlich festgelegter Anspruch besteht.
- Schließlich kommen in Bezug auf Tertiärprävention Bevölkerungsgruppen in den Blick, die bereits gesundheitlich eingeschränkt sind.

Zum Aufbau des Berichts:

Der Bericht beginnt mit einem Hintergrundexkurs zu „Sozialer Ungleichheit und Gesundheit", in dem aktuelle Diskussionslinien sowie theoretische und empirische Befunde als Bezugspunkte zusammengefasst dargestellt werden (Kapitel 3).

In Kapitel 4 werden die methodischen Grundlagen der Erhebung sowie das Auswertungskonzept und die verwendeten statistischen Verfahren dargestellt. Da dieser Bericht ohne Hinzunahme weiterer Quellen nachvollziehbar sein soll, finden sich darin zum Teil auch Informationen, die bereits im ersten Bericht (Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales 2005) gegeben wurden.

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Auswertungen zu den drei Fragekomplexen ausführlich dargestellt:

- Fragenkomplex 1: Wer sind die Menschen mit hohen/niedrigen gesundheitlichen Belastungen, insbesondere bezogen auf Rauchen, Körpergewicht und Bewegung?
- Fragenkomplex 2: Welche Personengruppen zeigen eine hohe/niedrige Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen?
- Fragenkomplex 3: Wer sind die Menschen mit gutem bzw. schlechtem Gesundheitszustand?

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt für jede Zielvariable in einer einheitlichen Struktur:

- Häufigkeitstabelle zur Übersicht
- Ergebnis der Gruppenstrukturanalyse (graphisches Modell und Baumdarstellung)
- Die Darstellung erfolgt zunächst für Frauen und Männer getrennt, die Ergebnisse werden dann geschlechtervergleichend zusammengeführt

Am Schluss jedes Fragenkomplexes werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Im Abschlusskapitel (Kapitel 6) werden die zentralen Ergebnisse im Hinblick auf die drei bearbeiteten Fragenkomplexe wiederum zusammengefasst und Schlussfolgerungen für die nächsten Schritte formuliert.

Die zur Verdeutlichung und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse notwendigen graphischen Darstellungen werden soweit möglich und nötig in den Text integriert und teilweise als Anhang beigefügt.

Wir haben uns bemüht, den Bericht so zu strukturieren, dass Leser und Leserinnen mit verschiedenen Interessen diesen in angemessener Zeit gewinnbringend lesen können:

- Leser/innen mit wenig Zeit und hauptsächlichem Interesse an den Ergebnissen können die Zusammenfassungen am Ende jedes Fragenkomplexes lesen sowie das Abschlusskapitel. In den einzelnen Abschnitten werden risikofaktorenbezogen aufgefallene Gruppen von Frauen und Männern zusammengefasst dargestellt. Im Abschlusskapitel werden die auffälligen Gruppen von Frauen und Männern zusammengefasst und darauf bezogen, in welcher Hinsicht sie auffällig wurden. Ganz Eilige finden somit auch im Schlusskapitel die wesentlichen Befunde.
- Für an den Einzelheiten interessierte Leser/innen werden in den einzelnen Ergebniskapiteln für jede untersuchte Zielvariable die Ergebnisse der Gruppenstrukturanalyse detailliert für Frauen und Männer sowie im Geschlechtervergleich dargestellt.
- Leser/innen, die nicht so geübt sind in der Rezeption empirischer Texte, aber an Details des Berichtes interessiert sind, finden in Abschnitt 5.2 ein illustriertes Lesebeispiel.

3 Exkurs: Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Unabhängig von Unterschieden im Detail gilt, dass Personen mit einem niedrigeren sozialen Status im Vergleich zu denen mit höherem sozialen Status (auch) gesundheitlich benachteiligt sind:

- Sie haben eine geringere Lebenserwartung,
- sie verbringen mehr Lebensjahre bei schlechter/er Gesundheit,
- sie leiden unter den meisten Erkrankungen öfter,
- sie haben in allen Altersgruppen höhere Sterblichkeitsraten.

Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit wurde auch in verschiedenen Berichten der Gesundheitsberichterstattung für Bremen gezeigt:[1]

- Bereits der Landesgesundheitsbericht (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 1998) hatte im Rahmen einer sozialräumlichen Mortalitätsanalyse eine höhere Sterblichkeit in Stadtteilen mit schlechteren sozialen Bedingungen im Vergleich zu Stadtteilen mit besseren sozialen Bedingungen gezeigt. Aktuelle Berechnungen zeigen Differenzen der Mortalitätsraten zwischen sozial benachteiligten und sozial privilegierten Stadtteilen von 20% (Frauen) bis 25% (Männer). Als einzelne Todesursachen fielen Lungenkrebs und Leberzirrhose besonders auf (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 1998, Arbeitnehmerkammer Bremen 2004).
- Der Bericht Armut und Gesundheit in Bremen (Arbeitnehmerkammer Bremen 2004) weist darüber hinaus für Bremen im Bundesvergleich eine überdurchschnittlich hohe Anzahl verlorener Lebensjahre aus und konstatiert außerdem, dass die „Frühsterblichkeit im Bundesland Bremen weitaus größer (ist) als aufgrund der gar nicht so schlechten Einkommenssituation zu erwarten gewesen wäre.“ (S. 114)
- In dem Bericht über erste Ergebnisse der Umfrage GESUNDHEIT! wurde „für beide Geschlechter und in allen untersuchten Altersgruppen ein Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss (…) und dem Gesundheitszustand und der Häufigkeit und Intensität von Alltagsbeschwerden“ (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2005, S. 55) deutlich.
- Ein weiterer Bericht des Gesundheitsamtes Bremen (der sich zurzeit in der Überarbeitung befindet) befasst sich mit den Ergebnissen einer sozialepidemiologischen Untersuchung der Mortalitätsentwicklung in der Stadt Bremen auf der Basis kleinräumig aufbereiteter Daten zu sozioökonomischen Indikatoren und zur Mortalität. Die Daten wurden für einen Zeitraum von 1970 bis 2003 ausgewertet (Tempel 2005).

Wenn auch die wissenschaftliche Erklärung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit längst nicht abgeschlossen ist und noch kein ausformuliertes theoretisches Erklärungsmodell vorliegt, so steht doch eine Reihe von Erklärungsansätzen zur Verfügung und es können verschiedene Einflussbereiche deutlich unterschieden werden.

Ein wesentlicher Faktor ist zunächst die so genannte Einkommensarmut (absolute materielle Deprivation): Auch für die Bundesrepublik konnte inzwischen auf der Basis von Längsschnittdaten ein Zusammenhang der Sterblichkeitsentwicklung nach Einkommensklassen nachgewiesen werden. Demnach haben von Einkommensarmut betroffene Personen eine höhere

[1] Eine aktuelle detailreiche Übersicht zu „Sozioökonomischem Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren“ gibt außerdem der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten (SVR 2005).

Sterblichkeitsrate als Bevölkerungsgruppen mit mittleren und höheren Einkommen: Männer um 56 %, Frauen um 83% (Arbeitnehmerkammer Bremen 2004).

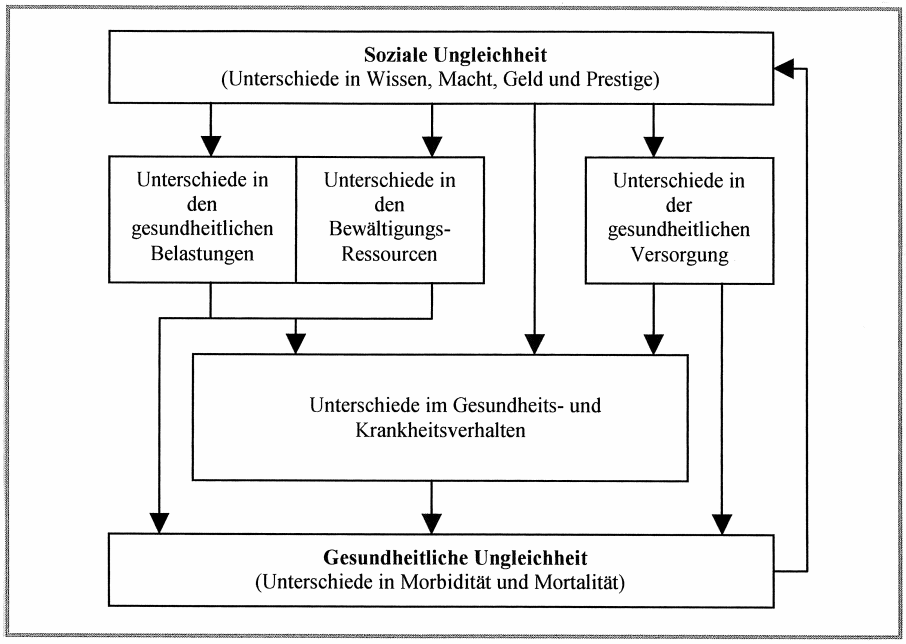
Ein weiterer Erklärungsansatz bezieht sich darauf, dass nicht nur die objektiven materiellen Ressourcen, sondern auch die subjektiven Wahrnehmungen von sozialer Hierarchisierung relevant für das Entstehen von Gesundheit und Krankheit sind. Dieses Konzept der relativen Deprivation könnte den sozialen Gradienten erklären, der für die meisten gesundheitlichen Indikatoren gezeigt werden kann (vgl. dazu auch den ersten Ergebnisbericht zur Umfrage GESUNDHEIT! (Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales 2005): Je schlechter die soziale Lage, desto höher die Krankheitslast.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von weiteren Erklärungsfaktoren, die zum Teil empirisch gut belegt sind und ebenfalls Ansatzpunkte für Interventionen liefern:

- Verhaltensbezogene Erklärungsfaktoren: Sozioökonomische Unterschiede im Gesundheitsverhalten, risikoreichere Lebensstile in unteren sozialen Lebenslagen (Rauchen, Bluthochdruck, Bewegungsarmut, Übergewicht).
- Soziales und physikalisches Lebensumfeld: Sozialisation, frühe Prägungen, Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, Wohnumfeld und Ausstattung der Wohnung.
- Psychosoziale Faktoren: In diesem Zusammenhang werden vor allem unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten für Belastungen (schichtspezifische Vulnerabilität) und unterschiedliche Verteilung von Belastungen (schichtspezifische Exposition) diskutiert. Dazu gehört auch die Bedeutung von Gesundheitsressourcen, wie z.B. soziale Unterstützung.
- Medizinische Versorgung: Zugang zu und Inanspruchnahme von Leistungen, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung.

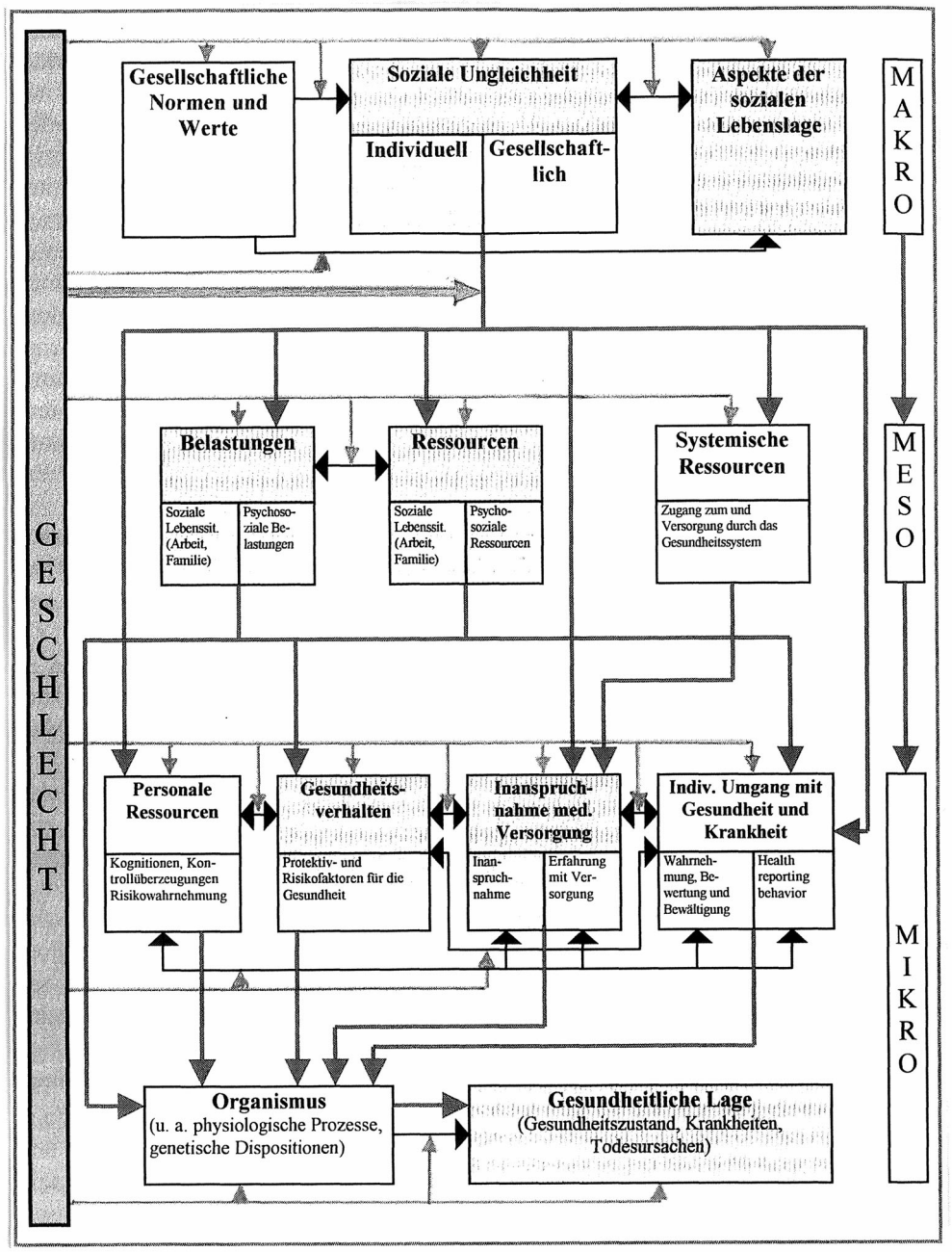
Zur Erklärung sozialer Ungleichheit gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen. Eines der bekannteren Modelle ist das integrative Modell von Elkeles und Mielck (1997a/b), das in Abbildung 3.1 dargestellt wird.

Abbildung 3.1 Integratives Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (Elkeles & Mielck 1997a/b)



Wie deutlich zu erkennen ist, wirkt soziale Ungleichheit nicht direkt auf gesundheitliche Ungleichheit, sondern vermittelt über mehrere Zwischenebenen: Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, der gesundheitlichen Versorgung sowie Unterschiede im Gesundheitsverhalten. Weiterhin führt gesundheitliche Ungleichheit wiederum zu sozialer Ungleichheit.

Abbildung 3.2 Allgemeines Modell zum Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit – unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive (Babitsch 2005)



In jüngster Zeit hat Babitsch versucht, die vorhandenen Modelle zur Erklärung sozialer Ungleichheit weiterzuentwickeln. Das von ihr entwickelte Mehrebenen-Modell geht von einem hierarchischen Wirkungszusammenhang von der Makro- über die Meso- auf die Mikroebene aus und versucht zugleich, drei Aspekte zu verknüpfen: (1) Wirkungspfade zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit darzustellen, (2) Zusammenhänge der Einflussfaktoren auf den verschiedenen Ebenen aufzuzeigen und gleichzeitig (3) Geschlechterdifferenzierungen sichtbar zu machen. (Babitsch 2005) Dies ist das bislang einzige Modell, in dem konsequent die Geschlechterperspektive umgesetzt wird. Abbildung 3.2 zeigt die vielfältigen und komplexen Bezüge, die bei der Untersuchung bzw. Erklärung des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu berücksichtigen sind. In unserem Untersuchungsmodell (vgl. Abschnitt 4.2) beziehen wir uns auf die Arbeit von Babitsch und stellen deshalb dieses komplexe Modell in Abbildung 3.2 vor.

Neben der bislang angesprochenen beschreibenden und erklärenden Ebene ist für aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungen die Umsetzung der Erkenntnisse zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit in gesundheitspolitisches Handeln entscheidend. Hier stehen wir in Forschung und Praxis insgesamt und besonders in Deutschland noch sehr am Anfang. Zunächst können grundlegende Interventionsebenen unterschieden werden:

- Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zielt auf die Veränderung von Makrostrukturen (Soziallagen, Einkommensungleichheit).
- Interventionen auf der Ebene von Gemeinden und Institutionen (auch Betrieben) zielen zum Beispiel auf die (1) Beeinflussung der sozialen und physikalischen Umwelteinflüsse (gesundheitsschädliche Expositionen am Arbeitsplatz, z.B. Umgang mit krebserregenden Arbeitsstoffen, Arbeitsstress), (2) Belastungen, die aus der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit resultieren, (3) Reduzierung ungünstiger Umweltbedingungen (Wohnumfeld, (Verkehrs-)Unfallprävention etc.).
- Individuelle Interventionen der Primär- und Sekundärprävention zielen auf Lebensstilfaktoren (Rauchen, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Faktoren).

Der SVR Gesundheit formuliert in seinem Gutachten Kriterien für die Bildung von Clustern für eine Interventionsplanung zugunsten benachteiligter Gruppen:

- Personen/Familien mit niedrigem Einkommen
- Personen mit niedriger Schuldbildung und geringen Chancen auf dem Arbeitsmarkt
- Andere überdurchschnittlich belastete Personengruppen: Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Behinderte, Langzeitarbeitslose, ethnische Minderheiten, Obdachlose sowie Migranten und Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (SVR 2005).

Ein weiterer Bezugspunkt ist die Diskussion um die Krankheitsbilder, Handlungsfelder und Zielgruppen, auf die sich Maßnahmen der Prävention nach § 20 SGB V beziehen sollten. Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen hat dazu einen Katalog vorgelegt, der sich u.a. auf individuelle Interventionen bei definierten Zielgruppen bezieht. Die Handlungsfelder und Kriterien reflektieren die Bearbeitung eines gesetzlichen Auftrags nach § 20 SGB V, Abs. 1. Präventive Interventionen sollten sich demnach vorrangig auf folgende Krankheitsbilder beziehen: Herzkreislauf-Erkrankungen, Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes, bösartige Neubildungen, Asthma und allergische Erkrankungen. Als prioritäre Handlungsfelder für individuelle Interventionen werden

Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum und entsprechende Zielgruppen genannt (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006).

Wie bereits angesprochen, wird zurzeit eine settingorientierte Prävention und Gesundheitsförderung als Königsweg für erfolgreiche und wirksame Interventionen favorisiert, wobei der Settingansatz sowohl als Zugangsweg als auch als Präventionsprinzip verstanden wird. Wichtige Settings sind Schule, Kommune und Betrieb (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006). Davon abgesehen bleibt es jedoch Ziel, jeweils evidenzbasierte und passgenaue Interventionskonzepte zu entwickeln, wobei auch andere Formen der Intervention infrage kommen können. Im Folgenden werden die Ebenen und Bezüge der Prävention nach Rosenbrock (SVR 2005, S. 190) verdeutlicht:

Tabelle 3.1 Ebenen und Bezüge der Prävention

Kontextbezug **Interventionsebene**	**Verhaltensprävention ohne Verhältnisprävention**	**Verhaltensprävention mit Kontextbezug**
Individuum (Mikro)	z.B. Gesundheitsberatung in der Arztpraxis	z.B. präventiver Hausbesuch
Setting (Mikro/Meso)	Informationsangebote in Schulen und Betrieben; das Setting wird lediglich als Zugang zu den Zielgruppen benutzt	Gesundheitsförderung in Schulen, Betrieben etc. durch Organisationsentwicklung mit partizipativen Elementen
Bevölkerung (Makro)	Motivationskampagnen ohne Beeinflussung der Rahmenbedingungen des Verhaltens	Anti-Tabak-Kampagne mit verhältnispräventiven Anteilen (z.B. Abbau von Zigarettenautomaten)

Quelle: SVR 2005, S. 190

Darüber hinaus ist jeweils im Detail zu diskutieren, welche Ziele und welche Zielgruppen durch konkrete Interventionen adressiert werden sollen, z.B.

- starke Raucher und Raucherinnen, weil diese ein besonders hohes Risiko für mit Rauchen assoziierte Morbidität/Mortalität haben (Wilson et al. 2004),
- Personen mit mehreren Risikofaktoren, wegen der exponentiellen Risikoerhöhung bei Kumulation von Risikofaktoren, z.B. für Herzinfarkt (Ezzati 2004),
- Bevölkerungsgruppen mit schlechtem subjektiven Gesundheitszustand.

Einigkeit scheint darüber hinaus darin zu bestehen, dass Interventionen in einer Doppelperspektive sowohl den Abbau von Belastungen (Prävention) sowie die Förderung von Ressourcen (Gesundheitsförderung) beinhalten müssen.

4 Daten und Methoden

4.1 Die Befragung GESUNDHEIT![2]

4.1.1 Erhebungskonzept

Die Umfrage GESUNDHEIT! wurde von den beteiligten Institutionen: Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales, dem Zentrum für Sozialpolitik und dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) in Kooperation geplant und im Jahr 2004 durchgeführt.

In die Erhebung wurde eine Zufallsstichprobe aus den Einwohnermelderegistern der Städte Bremen und Bremerhaven von Personen zwischen 18 und 80 Jahren einbezogen (N=9.538; davon N=4.891 Frauen und N=4.647 Männer). Die Fragebögen wurden – versehen mit einem persönlichen Anschreiben, das gemeinsam von der Senatorin sowie dem Leiter bzw. der Leiterin der beteiligten Kooperationspartner unterschrieben war, sowie einem Informationsblatt in fünf Sprachen (deutsch, türkisch, russisch, polnisch, serbokroatisch)[3] – an die ausgewählten Bürger und Bürgerinnen mit der Bitte um Beteiligung verschickt. Im Anschreiben war eine Telefonnummer angegeben, unter der die Angeschriebenen Auskünfte zur Befragung erhalten konnten. Die Befragung wurde in der lokalen Presse angekündigt. Es wurden zwei Nachfassaktionen durchgeführt, d.h. alle angeschriebenen Personen, von denen bis zu festgelegten Terminen keine Informationen vorlagen, wurden noch einmal um die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens (bei der ersten und zweiten Erinnerung) bzw. eines Kurzfragebogens (bei der zweiten Erinnerung) gebeten.

Die Rücksendung der Fragebögen erfolgte – in einem vorbereiteten Briefumschlag mit der Kennzeichnung „Gebühr bezahlt Empfänger“ – an das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), das die Dokumentation der Erhebung, die Prüfung und die Eingabe der Daten sowie eine differenzierte Grundauswertung durchführte.

Der zeitliche Ablauf der Erhebung ist in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 4.1 Erhebungszeitraum der Umfrage Gesundheit im Land Bremen

Verschickung des Fragebogens an die Stichprobe:	30. KW 2004 (19.-23. Juli)
1. Erinnerung:	39. KW 2004 (20.-24. September)
2. Erinnerung:	44. KW 2004 (25.-29. Oktober)
Ende der Rücklaufdokumentation:	19. November 2004
Dauer der Erhebung:	4 Monate (19. Juli - 19. November 2004)

[2] Da wir davon ausgehen, dass es möglich sein soll, diesen Bericht für sich zu lesen, beschreiben wir im Folgenden kurz die Grundzüge der Befragung GESUNDHEIT!, die im Wesentlichen auch schon im ersten Bericht dargestellt wurden (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2005). Ergänzend dazu werden ausführliche Informationen über die Ergebnisse der Erhebung in verschiedenen Gruppen – nach Alter, Geschlecht, Region (Bremen/Bremerhaven, Stadtbezirke in Bremen) – gegeben.

[3] Es waren leider keine Ressourcen vorhanden, Personen, die nicht ausreichend deutsch sprechen bzw. verstehen, im Hinblick auf ihre Beteiligung an der Befragung zu unterstützen (z.B. Dolmetscher/innen etc.). Ein wichtiges Argument war auch, dass eine repräsentative Beteiligung von Migrantinnen und Migranten an dieser bevölkerungsrepräsentativ angelegten Studie kaum die Möglichkeit eröffnen würde, angemessen differenzierte Analysen für diese Bevölkerungsgruppe durchzuführen. Die spezifische Problematik von Migrantinnen und Migranten erfordert spezifische Untersuchungen.

4.1.2 Fragebogen

Um die Erhebung so kostengünstig wie möglich durchführen zu können, kam von vornherein als Erhebungsmethode nur die schriftliche postalische Fragebogenerhebung infrage. Der Fragebogen musste also – entsprechend den Erfordernissen dieser Erhebungsmethode – so anregend, kurz und klar wie möglich sein.

Der Fragebogen enthält insgesamt 69 Fragen, die in zehn Fragenkomplexe gegliedert sind (siehe Anhang). Der inhaltliche Fokus der Befragung ist die Gesundheitsversorgung und insbesondere die Bedürfnisse und Bedarfe nach Information und Beratung. Die Fragenkomplexe sind im Fragebogen wie folgt überschrieben:

4. „Was denken Sie im Allgemeinen über Gesundheit?“ (3 (Einstiegs-)Fragen)
5. „Gesundheitsbeschwerden. Was tun?“ (4 Fragen)
6. „Wenn man sich über Ärzte/Ärztinnen informieren möchte …“ (7 Fragen)
7. „Gesundheitliche Hilfe und Beratung im Alltag“ (8 Fragen)
8. „Neue Beratungsformen: Telefon-Hotlines und Internet“ (4 Fragen)
9. „Ihre persönlichen Erfahrungen mit Ärzten und Ärztinnen“ (5 Fragen)
10. „Ihre persönlichen Erfahrungen im Krankenhaus“ (7 Fragen)
11. „Ihr Gesundheitsverhalten (Bewegung, Rauchen, Ernährung etc.)“ (6 Fragen)
12. „Einige Fragen zu Ihrer persönlichen Gesundheit“ (12 Fragen zu Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, subjektivem Gesundheitszustand, Krankheiten, Behinderungen, Schmerzen, Beschwerden)
13. „Zum Schluss bitten wir Sie noch um einige allgemeine Angaben“ (13 Fragen zu Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Lebensalter, Körpergröße, Gewicht, Familienstand, Lebensform, Erwerbstätigkeit, Berufsstatus, Bildungsabschluss, Krankenversicherung)

Die in diesem Bericht dargestellten Auswertungen basieren überwiegend auf den Fragenkomplexen 8, 9 und 10.

4.1.3 Beteiligung und Ausschöpfung

Wie bereits angesprochen, erfolgte die Organisation der Erhebung (Erhebungsdokumentation, Rücklaufkontrolle, Vorbereitung der Nachfassaktionen etc.) im BIPS unter Verwendung der etablierten EDV-gestützten Erhebungsroutinen (u.a. Adress- und Terminverwaltung).

Von den 9.538 angeschriebenen Frauen und Männern war für 3,7% (N=356) eine Teilnahme an der Befragung nicht möglich. Dieser Anteil ist in allen Regionen bei Männern prozentual etwas höher als bei Frauen und in der Stadt Bremen höher als in Bremerhaven. Der überwiegende Teil davon (N=280) betrifft mit dem Vermerk „Adresse falsch“ oder „unbekannt verzogen“ zurückgekommene Briefumschläge, 36 Personen gaben gesundheitliche Gründe an, 15 Personen waren verstorben, bei 11 Personen war der Grund „nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse“. Diese Gruppe wird – entsprechend den üblichen Verfahren – für die Berechnung der Responseproportion nicht berücksichtigt.

Mit 45% der angeschriebenen Personen gab es innerhalb des Erhebungszeitraums keinerlei Kontakt. Dieser Anteil ist in Bremerhaven höher als in der Stadt Bremen und – in beiden Regionen – bei Männern deutlich höher als bei Frauen.

Insgesamt haben 38% der angeschriebenen Personen im Erhebungszeitraum einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt: Dieser Anteil ist in allen Regionen bei Frauen höher als bei Männern und in der Stadt Bremen etwas höher als in Bremerhaven.[4]

Auf Grundlage der bereinigten Brutto-Stichprobe ergibt sich eine Befragungs-Beteiligung von insgesamt 39,4%. Die Beteiligung ist in verschiedenen Gruppen sehr unterschiedlich: Sie ist bei Frauen höher als bei Männern, bei Jüngeren niedriger als bei Älteren, in Bremerhaven niedriger als in Bremen. Eine Übersicht nach Geschlecht gibt folgende Tabelle 4.2. Im Anhang (Tabelle 8.1) können ausführliche Informationen zur Beteiligung an der Erhebung nach Geschlecht und Altersgruppen sowie Regionen (Bremen/Bremerhaven, Stadtbezirke in Bremen) entnommen werden.

Tabelle 4.2 Beteiligung und Ausschöpfung an der Befragung GESUNDHEIT! – nach Geschlecht

	Frauen N (%)	Männer N (%)	Gesamt N (%)
Bereinigte Brutto-Stichprobe	4.735 (100)	4.447 (100)	9.182 (100)
Ausgefüllte Fragebögen	2.047 (43,2)	1.567 (35,2)	3.614 (39,4)

Im Hinblick auf die Erhebungsmethode „schriftliche postalische Befragung mit zwei Nachfasswellen“ kann die erreichte Ausschöpfung von insgesamt rund 40% als außerordentlich befriedigend bewertet werden.

4.2 Auswertungskonzept

4.2.1 Untersuchungsmodell

Für die im Rahmen dieser Studie intendierte explorative Identifizierung und Beschreibung von Risiko- bzw. Interventionsgruppen für zukünftige Präventionsprogramme lässt sich das o.g. Erklärungsmodell zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit als Rahmenmodell für die Untersuchung nutzen. Die Einflussebenen im Erklärungsmodell (Makro-, Meso-, Mikro-Ebene) können zugleich als Interventionsebenen gesehen werden. In einer ganz allgemeinen Form sind demnach zum Beispiel Ungleichheitsstrukturen auf der Makroebene auch vorzugsweise auf der Makroebene zu beeinflussen, z.B. Bildungspolitik zum Abbau von Bildungsungleichheit, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik zum Abbau von Erwerbslosigkeit etc.

In folgender Tabelle wurde dieses Modell bereits konkretisiert und um die in der Auswertung verwendeten Variablen ergänzt.

[4] Ein Teil der angeschriebenen Personen hat zwar den ausführlichen Fragebogen nicht ausgefüllt, aber den mit der zweiten Erinnerung verschickten Kurzfragebogen zurückgeschickt: Dieser Anteil ist bei beiden Geschlechtern mit ~13% ungefähr gleich hoch. Diese Fragebögen werden in der vorliegenden Auswertung nicht berücksichtigt.

Tabelle 4.3 Untersuchungsmodell und im Rahmen der vorliegenden Auswertung mögliche Konkretisierungen
(in Klammern: Fragen aus dem Fragebogen – siehe Anhang)

Makroebene	
Soziale Ungleichheit Bildungsabschluss (68)	**Soziale Lebenslage** Erwerbsstatus (65) Familienstand (62) Haushaltszusammensetzung/-größe (63) Alter (59) Staatsangehörigkeit (deutsch/nicht deutsch) (58) Region (HB: Stadtbezirke, BVH)
Mesoebene	
Gesundheitliche Belastungen Im Fragebogen gibt es keine Variablen, die z.B. Arbeitsbelastungen, Arbeitsplatzsicherheit abbilden	**Gesundheitliche Ressourcen** Im Fragebogen gibt es keine Variablen zum sozialen Netz/zur sozialen Unterstützung
Ressourcen-Belastungs-Bilanz Im Fragebogen gibt es dazu keine Variablen (zum Beispiel zur Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen)	
Mikroebene I (Individuelle Faktoren)	
Gesundheitsverhalten Rauchstatus (42) Übergewicht (BMI, 60+61) Sportliche Betätigung (40,41)	**Inanspruchnahme von Versorgung** Arztbesuch innerhalb der letzten 6 Monate (45) Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (39)
Inanspruchnahme von Beratungsstellen (16) Nutzung schriftlicher Informationen (11)	
Selbstbeurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens und der eigenen Handlungsmöglichkeiten Gesundheitsverhalten (43) Handlungsmöglichkeiten (44)	
Mikroebene II	
Gesundheitliche Lage Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes (48) alltägliche Einschränkung durch Krankheit oder Behinderung (50)	

Quelle: Modifiziert nach Babitsch (2005)

4.2.2 Indikatoren und Variablen (Operationalisierung)

Vgl. Tabelle 9.2 im Anhang.

4.2.3 Auswertungsmethodik

Für die Auswahl der Methodik waren zwei Gesichtspunkte leitend. Die zu verwendenden Methoden sollten (1) Ergebnisse von akzeptabler statistisch-epidemiologischer Güte liefern und (2) im Sinne eines gelingenden Public Health-Transfers von der Wissenschaft in die Politik gut vermittelbar sein.

Es wurde ein schrittweises Verfahren der Auswertung gewählt:[5]

- Mit der Verwendung eines graphischen Modells wird für die jeweiligen Analyseebenen die Beziehung der zu untersuchenden Variablen untereinander und in Bezug auf die jeweils gewählte Zielvariable dargestellt. Dieses Verfahren wird verwendet, um die Anzahl der Variablen für die Analyse im zweiten Schritt auf die relevanten zu begrenzen.
- Im zweiten Schritt erfolgt die detaillierte Analyse der Gruppenstruktur im Hinblick auf die untersuchten Zielvariablen mit Hilfe einer so genannten Baumanalyse.

Diese Auswertungsschritte erfolgen für jede untersuchte Zielvariable jeweils separat für Einflussfaktoren auf der Makroebene (Soziale Lage) und auf der Mikroebene (individuelle Faktoren). Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um trotz der Vielzahl der untersuchten Variablen in dem komplexen Untersuchungsfeld eine gewisse Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

Alle Auswertungen erfolgen für Männer und Frauen getrennt und werden geschlechtervergleichend zusammengefasst. Die konsequent geschlechterdifferenzierte Auswertung hat den Vorteil, dass bei allen Ergebnissen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den Genusgruppen sichtbar werden (vgl. dazu auch Babitsch 2005).

4.2.4 Bezüge zum ersten Ergebnisbericht

Im ersten Ergebnisbericht (Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales 2005) wurden überwiegend mit deskriptiven Methoden bivariate Zusammenhänge und Häufigkeiten nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert dargestellt und bewertet. Diese Ergebnisse werden im Rahmen der hier durchgeführten Auswertung mit Hilfe multivariabler und multivariater Methoden weiter detailliert. Unterschiede in den Fallzahlen kommen durch eine unterschiedliche Berücksichtigung von fehlenden Werten zustande: Während im ersten Ergebnisbericht Personen mit fehlenden Angaben aus der Analyse ausgeschlossen wurden, werden diese in dem hier vorgelegten Bericht in der Regel als eigene Kategorie „keine Angabe“ mitgeführt.

[5] Statistisch-methodisch interessierte Leserinnen und Leser finden weitere Ausführungen zu den verwendeten Methoden im Anhang.

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Auswertungsgruppe

Für die Berechnung der Ausschöpfung der Stichprobe (siehe Kapitel 4) wurde ein Fragebogen zunächst als ausgefüllt betrachtet, wenn mindestens eine Frage beantwortet war. Für die Bestimmung der Auswertungsgruppe wurde außerdem überprüft, ob die soziodemographischen Angaben im Fragebogen zu den Einwohnermeldeamtsangaben der Zielpersonen passten. Dabei zeigten sich in einigen Fragebögen Differenzen bezüglich der Variablen Alter und Geschlecht. Vermutlich wurden die zurückgeschickten ausgefüllten Fragebögen nicht immer von den angeschriebenen Zielpersonen, sondern von anderen Personen im Haushalt ausgefüllt. Da bei schriftlichen Befragungen generell nicht überprüft werden kann, wie die Angaben im Fragebogen zustande kommen (z.B. durch gemeinsames Ausfüllen im Haushalt), wurde entschieden, dass in der Datenauswertung die Angaben zu Geschlecht und Alter aus dem Fragebogen verwendet werden. Dass diese Angaben wahrscheinlicher zu den Antworten im Fragebogen passen als die Daten über die ursprüngliche Zielperson, lässt sich auch aus Plausibilitätsprüfungen anhand der Angabe von Geburten schließen. Für die Auswertung wurden weiterhin alle Fragebogen ausgeschlossen, die keine Angabe zum Geschlecht enthielten (insgesamt N=23). Nach Abschluss dieser Prozeduren besteht die Auswertungsgruppe aus N=3.591 Personen, 2.070 Frauen und 1.521 Männern.

Eine Übersicht über die Häufigkeitsverteilungen der im Rahmen dieser Analyse verwendeten Variablen liefert die folgende Tabelle 5.1.

Tabelle 5.1 Häufigkeitstabelle für die in der Analyse verwendeten Variablen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				**Männer (N=1.521)**			
	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1) §)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2) §)
Soziale Ungleichheit								
Bildungsabschluss:								
• Höchstens Hauptschule	14	28	55		18	32	49	
• Mittlere Reife	28	32	28		27	25	21	
• (Fach-)Abitur und höher	58	39	14		54	42	28	
• Keine Angabe	1	1	3		1	1	2	
Soziale Lebenslage								
Erwerbsstatus								
• Erwerbstätig	77	73	10		87	79	15	
• Nicht Erwerbstätig	22	26	87		13	20	83	
• Keine Angabe	1	1	3		1	1	2	

§ Auf die Angabe der Prozentanteile für die Kategorie Alter = keine Angabe wird verzichtet.

Tabelle wird fortgesetzt.

Tabelle 5.1 Fortsetzung
Häufigkeitstabelle für die in der Analyse verwendeten Variablen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1) §)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2) §)
Soziale Lebenslage								
Familienstand								
• Ledig	55	14	6		65	21	5	
• Verheiratet/Eingetr. Partnerschaft	40	67	55		31	67	80	
• Geschieden	5	15	9		4	11	7	
• Verwitwet	0	4	27		0	1	7	
• Keine Angabe	0	1	1		0	1	2	
Haushaltszusammensetzung								
• Alleinlebend	20	17	36		27	20	13	
• Nicht Alleinlebend	81	83	62		71	80	85	
• Keine Angabe	0	0	2		1	0	3	
Staatsangehörigkeit #)								
• Deutsch	93	95	98		91	95	99	
• Nicht deutsch	7	5	2		9	5	1	
• Keine Angabe	0	0	0		0	0	0	
Region								
• Mitte	4	2	1		4	3	1	
• Süd	19	19	19		21	15	19	
• Ost	36	36	35		35	33	39	
• West	15	11	11		14	15	10	
• Nord	15	16	16		15	14	15	
• Bremerhaven	12	16	17		11	20	17	

#) Wegen des geringen Anteils von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit wurde diese Variable nicht in die Analyse einbezogen.

§) Auf die Angabe der Prozentanteile für die Kategorie Alter = keine Angabe wird verzichtet.

Tabelle wird fortgesetzt.

Tabelle 5.1 Fortsetzung
Häufigkeitstabelle für die in der Analyse verwendeten Variablen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1) §)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2) §)
Gesundheitsverhalten								
Rauchstatus								
• Nieraucher/innen	46	41	64		43	25	26	
• Exraucher/innen	34	30	10		36	41	19	
• (Aktuell-)Raucher/innen	18	25	18		19	31	49	
• Keine Angabe	1	3	8		3	3	6	
Körpergewicht								
• Untergewicht (BMI <18,5)	4	2	1		2	1	0	
• Normalgewicht (BMI 18,5 - <25)	71	57	39		58	43	33	
• Übergewicht (BMI 25 - <30)	16	28	41		30	42	51	
• Adipositas (BMI 30 +)	7	13	18		10	14	15	
• Nicht bestimmbar	1	1	1		0	1	1	
Bewegung (nach Bewegungsindex)								
• Nicht oder wenig aktiv	30	29	23		27	27	20	
• Mäßig aktiv	42	39	32		35	36	35	
• Sehr aktiv	27	28	35		35	33	38	
• Nicht bestimmbar	2	4	10		3	4	7	
Risikokumulation: Rauchen/Gewicht/Bewegung								
• Höchstens 1 Risikofaktor	58	51	51		51	41	46	
• 2 Risikofaktoren	33	36	35		37	38	39	
• 3 Risikofaktoren	6	9	3		9	17	6	
• Nicht bestimmbar	3	5	12		3	4	9	
Inanspruchnahme von Beratungsstellen								
• Nein	81	86	82		89	87	86	
• Ja	13	9	6		7	8	5	
• Keine Angabe	6	5	12		5	5	9	
Nutzung schriftlicher Informationen								
• Nein	24	25	32		37	39	34	
• Ja	70	69	55		58	57	57	
• Keine Angabe	6	6	14		5	5	10	

§) Auf die Angabe der Prozentanteile für die Kategorie Alter = keine Angabe wird verzichtet.

Tabelle wird fortgesetzt.

Tabelle 5.1 Fortsetzung
Häufigkeitstabelle für die in der Analyse verwendeten Variablen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1) §)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2) §)
Inanspruchnahme von Versorgung								
Arztbesuch innerhalb der letzten 6 Monate								
• Nein	12	16	7		31	29	8	
• Ja	86	81	87		67	69	87	
• Keine Angabe	1	3	6		2	3	5	
Teilnahme an Früherkennung								
Gesamt (Früherkennungsindex)								
• Gar nicht/sehr wenig	32	25	28		36	48	41	
• Teilweise/unregelmäßig	30	40	31		24	28	28	
• Umfassende Teilnahme	37	35	41		38	24	31	
• Nicht bestimmbar	0	0	0		2	0	0	
Krebsfrüherkennung (nur Anspruchsberechtigte)	(N=608)	(N=761)	(N=672)		(N=0)	(N=419)	(N=576)	
• Nein	18	8	10			31	16	
• Ja	78	88	77			60	71	
• Keine Angabe	4	4	12			9	14	
Check up 35 (nur Anspruchsberechtigte)	(N=201)	(N=761)	(N=672)		(N=151)	(N=559)	(N=576)	
• Nein	33	17	7		46	26	10	
• Ja	59	72	74		46	67	74	
• Keine Angabe	8	11	19		7	7	16	
Zahnvorsorge								
• Nein	8	5	6		17	18	10	
• Ja	90	91	81		80	77	76	
• Keine Angabe	2	4	13		3	5	14	

§) Auf die Angabe der Prozentanteile für die Kategorie Alter = keine Angabe wird verzichtet.

Tabelle wird fortgesetzt.

Tabelle 5.1 Fortsetzung
Häufigkeitstabelle für die in der Analyse verwendeten Variablen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1) §)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2) §)
Selbstbeurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens und der eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit								
Gesundheitsverhalten								
• Sollte sehr viel/manches verbessern	50	47	24		55	56	34	
• Es ist in Ordnung	48	50	68		42	42	59	
• Keine Angabe	1	3	8		3	3	7	
Handlungsmöglichkeiten								
• Sehr viel	43	39	39		41	40	36	
• Eher viel	41	42	28		40	43	36	
• Wenig/nichts/weiß nicht/ keine Angabe	16	19	33		19	16	28	
Gesundheitliche Lage								
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes								
• Ausgezeichnet/sehr gut	32	22	10		37	23	10	
• Gut	57	56	56		50	57	60	
• Weniger gut/schlecht	8	20	27		11	18	24	
• Keine Angabe	2	3	7		2	3	5	
Alltägliche Einschränkung durch Krankheit und Behinderung								
• Nicht/selten	75	60	39		77	62	42	
• Manchmal/erheblich	23	36	51		21	33	51	
• Keine Angabe	2	4	10		3	4	7	

§) Auf die Angabe der Prozentanteile für die Kategorie Alter = keine Angabe wird verzichtet.

5.2 Darstellungsmodus und Lesehinweis

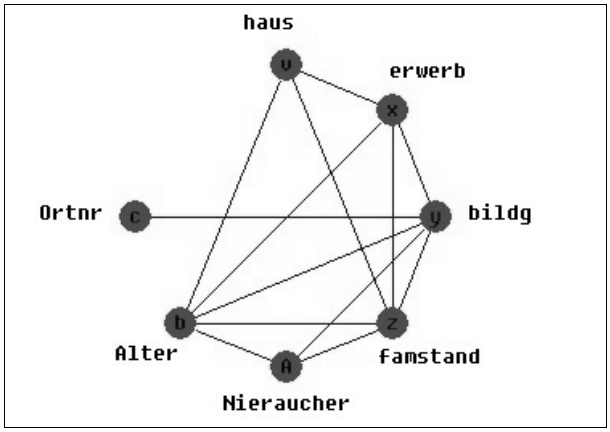
Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen werden in den folgenden Abschnitten für jede untersuchte Zielvariable nach einem einheitlichen Schema dargestellt:

- Häufigkeitstabelle für die Zielvariable nach Geschlecht und Alter
- Ergebnisse der Analysen mit graphischen Modellen (die Graphen sind im Anhang dargestellt)
- Ergebnisse der Baumanalysen (im Text werden ausgewählte Baumdarstellungen abgedruckt; im Anhang finden sich alle Baumdarstellungen)
- Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt für Frauen und Männer getrennt, die Zusammenfassung jeweils geschlechtervergleichend

Lesebeispiel für die Ergebnisse der Analysen mit graphischen Modellen und der Baumanalysen

Als Ergebnis einer Analyse in einem graphischen Modell wird für jede Ausprägung der Zielvariablen (zum Beispiel für Rauchen: Nieraucherinnen, (Aktuell-)Raucherinnen, Exraucherinnen)[6] ein sog. Graph erzeugt. Dieser zeigt, welche Variablen direkt mit der jeweiligen Ausprägung der Zielvariablen verbunden sind und welche einen über diese Variablen vermittelten Einfluss ausüben. Eine Verbindung von zwei Variablen im graphischen Modell spiegelt eine Assoziation wider, sie gibt keine Auskunft über die Richtung oder die Stärke der Assoziation.

Abbildung 5.1 Beispiel: Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Nieraucherinnen (Soziale Lage/Makroebene)



Legende: Nieraucher = Zielvariable Nie-Raucherinnen, Alter = Alter (<=39, 39-59, 60+, k.A.), Ortnr = Stadtbezirk (HB-Mitte, HB-Süd, HB-Ost, HB-West, HB-Nord, BHV, k.A.), haus = Haushaltszusammensetzung (alleinlebend, nicht alleinlebend, k.A.), erwerb = Erwerbsstatus (erwerbstätig, nicht erwerbstätig, k.A.), bildg = Bildung nach höchstem Schulabschluss (höchstens Hauptschule, Mittlere Reife, (Fach-)Abitur und höher, k.A.)

Betrachten wir nun den Graphen aus Abbildung 5.1:

In direkter Verbindung zur Zielvariable „Nieraucherinnen“, die durch die Verbindung mit einer Linie angezeigt wird, stehen die Variablen Alter, Familienstand und Bildung. Die weiteren in die Analyse einbezogenen Variablen stehen demgegenüber nicht in direkter Verbindung zur Zielvariable: „Ortnr“ hat eine Verbindungslinie zu „bildg“, die Variablen Erwerbsstatus (erwerb) und Haushaltszusammensetzung (haus) sind beide sowohl mit „famstand“ als auch mit „Alter“ verbunden. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Gruppe der Nieraucherinnen mit Hilfe der Angaben über Alter, Familienstand und Bildung differenziert werden kann und dass – gegeben diese Angaben sind vorhanden – der Einbezug der Variablen „Ortnr“, „haus“ und „erwerb“ keine zusätzliche Differenzierungskraft besitzt.

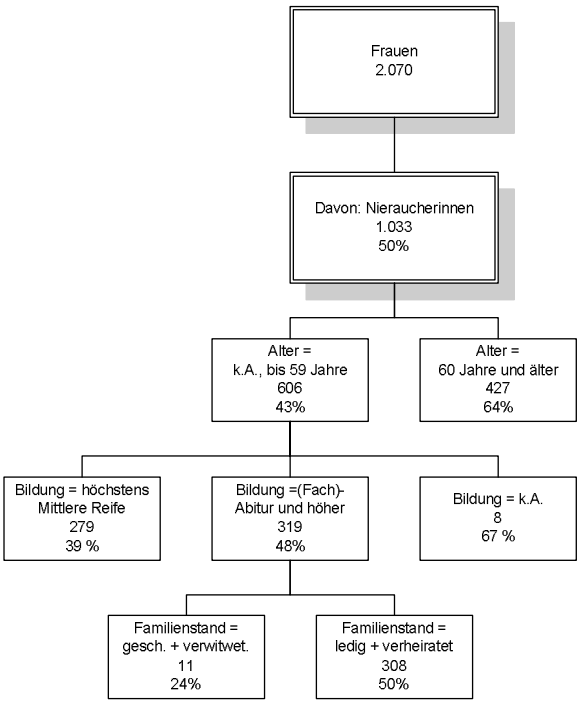
In den einzelnen Abschnitten erfolgt die Interpretation der Graphen – soweit nicht besondere Gründe vorliegen – in verkürzter Form, z.B.: „Im graphischen Modell wurden die Variablen a, b, c als relevant identifiziert.“ Falls die identifizierten Variablen für die einzelnen Kategorien der Zielvariable unterschiedlich sind, wird zusätzlich angegeben, für welche Ausprägungen die Variablen identifiziert wurden.

[6] In den Graphen sind jeweils nur die männlichen Begriffe verwendet.

Alle für die Ausprägungen einer Zielvariable im graphischen Modell relevanten Variablen werden im zweiten Schritt in die Baumanalyse aufgenommen, um dort die Relevanz der gefundenen Assoziation zu bestimmen. Für jede Ausprägung der Zielvariable wird ein so genannter Baum erstellt, der die Struktur der jeweiligen Gruppe visualisiert. Das graphische Modell wird daher eingesetzt, um die Anzahl der Variablen sinnvoll zu reduzieren, damit die anschließende Baumanalyse zu einem aussagekräftigen und interpretierbaren Ergebnis gelangen kann.

Danach sieht zum Beispiel der Baum für die Nieraucherinnen folgendermaßen aus (vgl. Abbildung 5.2):

Abbildung 5.2 Beispiel: Ergebnisse der Baumanalyse für Nieraucherinnen mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Wie liest man diesen Baum?

Im oberen Kästchen ist immer die gesamte Analysegruppe bezeichnet, darunter die spezifische Subgruppe (sozusagen der Stamm), für die die Baumstruktur gilt (im Beispiel: Von allen Frauen sind N=1033 (50%) Nieraucherinnen). Die in den Kästchen dargestellten Absolutzahlen bezeichnen immer die Anzahl der jeweiligen Personen: Z.B. „in der Altersgruppe „60 Jahre und älter“ sind 427 Frauen Nichtraucherinnen, das sind 64% aller Frauen in dieser Altersgruppe.

Die erste Verzweigung beschreibt die Variable, die am stärksten differenziert, in diesem Beispiel ist es die Variable Alter, wobei zwei unterschiedliche Gruppen identifiziert wurden. In der ältesten Altersgruppe „60 Jahre und älter“ beträgt der Nieraucherinnen-Anteil 64%. Die untersuchten Altersgruppen „bis 39 Jahre“ und „40-59 Jahre“ sowie die Frauen, die keine Angaben zum Alter gemacht haben („k.A.“), ähneln sich (bzw. sind bezüglich des Anteils an Nieraucherinnen statistisch nicht verschieden) und haben einen Anteil von 43% Nieraucherinnen.

Für die älteren Frauen (60 Jahre und älter) ließen sich keine weiteren Differenzierungen finden, d.h. der Baum bricht am ersten Ast ab.) Demgegenüber wurden für die jüngeren Altersgruppen weitere Verzweigungen identifiziert, wobei die nächstwichtige Differenzierung nach dem höchsten Schulabschluss erfolgt. Der Nieraucherinnen-Anteil ähnelt sich bei den Frauen mit höchstens Hauptschulabschluss und Mittlerer Reife und beträgt in dieser Gruppe 39%. Frauen mit (Fach-)Abitur oder einem höheren Abschluss haben einen Nieraucherinnen-Anteil von 48%. Zusätzlich werden die – wenigen – Frauen, die keine Angabe zu ihrem Bildungsabschluss gemacht haben, mit 67% Nieraucherinnen-Anteil als unterschiedlich identifiziert.

Für Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss wird eine weitere Differenzierung nach Familienstand identifiziert: Je nach dem, ob diese geschieden oder verwitwet bzw. ledig oder verheiratet sind, sind unter ihnen mehr (50%) oder weniger (24%) Nieraucherinnen.

Auf jeder Verzweigungsebene werden die "Blätter" nach ihrem Prozentanteil von links nach rechts aufsteigend sortiert dargestellt.

In den einzelnen Abschnitten wird im Text auf aus Sicht der AutorInnen relevante Verzweigungen und Verästelungen eingegangen und versucht, für Interventionen relevante Gruppen zu benennen.

Hinweis: Die Baumstruktur bricht ab, wenn keine weiteren Differenzierungen gefunden werden können oder wenn die Fallzahl in einer Subgruppe kleiner als fünf Personen ist.

5.3 Fragenkomplex 1: Wer sind die Menschen mit hohen/niedrigen gesundheitlichen Belastungen, insbesondere bezogen auf Rauchen, Gewicht und Bewegung?

5.3.1 Risikofaktor „Rauchen“

Tabelle 5.2 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable Rauchen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Rauchen	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Aktuell-Raucherinnen	34	30	10		36	41	19	
Ex-Raucherinnen	18	25	18		19	31	49	
Nie-Raucherinnen	46	41	64		43	25	26	
k.A.	1	3	8		3	3	6	

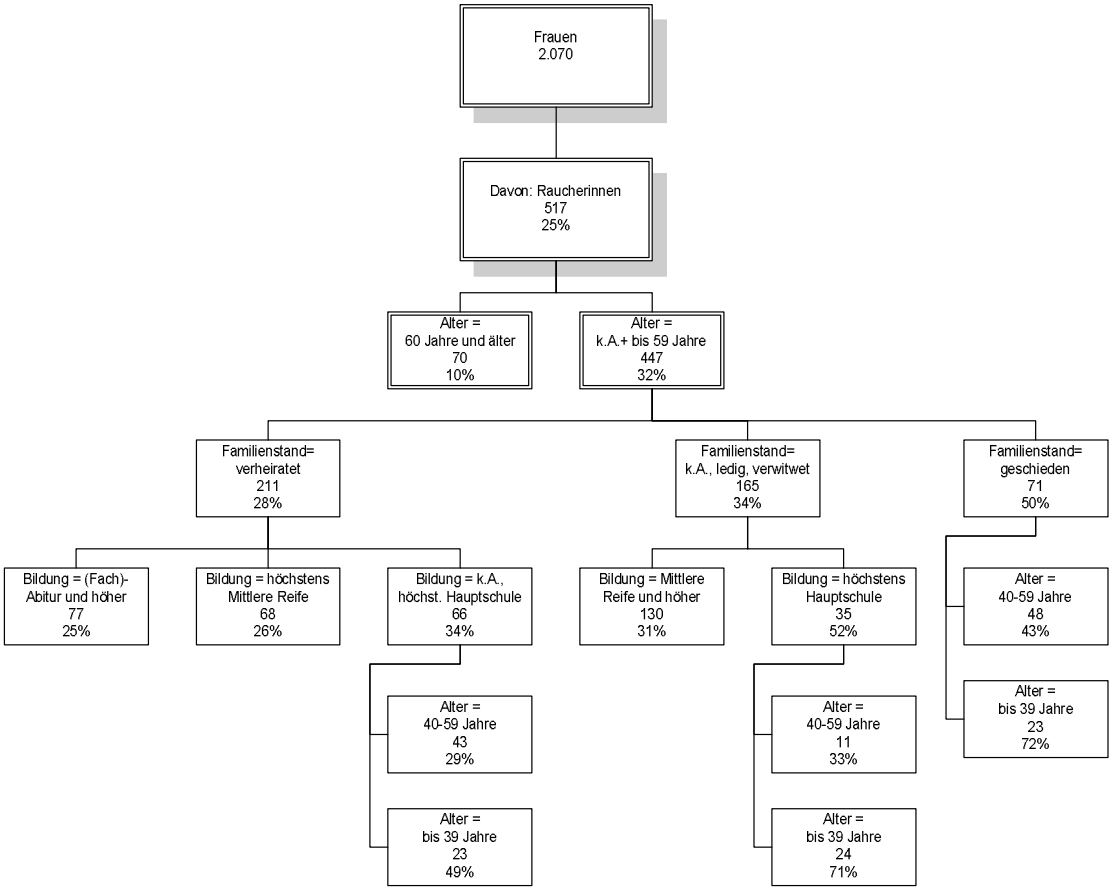
5.3.1.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Rauchen die Variablen Alter (alle), Familienstand (Nie- und Aktuell-Raucherinnen) und Bildungsabschluss (Nie- und Aktuell-Raucherinnen) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.1 bis Abbildung 9.3 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen für die Raucherinnen als potentieller Interventionsgruppe durchführt (Abbildung 5.3).

Erstes Differenzierungsmerkmal für die Gruppe der Aktuell-Raucherinnen ist das Alter. Während bei den 60-jährigen und älteren Frauen aktuell (noch) 10% rauchen, sind dies in den jüngeren Altersgruppen insgesamt 32%. Bei den älteren Frauen wird keine weitere Differenzierung identifiziert. Bei den jüngeren Frauen wird eine differenzierte Gruppenstruktur deutlich: zunächst nach Familienstand mit dem niedrigsten Raucherinnen-Anteil (28%) bei den verheirateten und dem höchsten Anteil (50%) bei den geschiedenen Frauen. Mit Ausnahme der geschiedenen Frauen wird als nächstes Merkmal der Bildungsabschluss identifiziert mit den höchsten Anteilen in den unteren Bildungsschichten (höchstens Hauptschulabschluss). Für alle Gruppen wird zum Schluss die junge Altersgruppe bis 39 Jahre als Gruppe mit den meisten Aktuell-Raucherinnen beschrieben.

Abbildung 5.3 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucherinnen mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

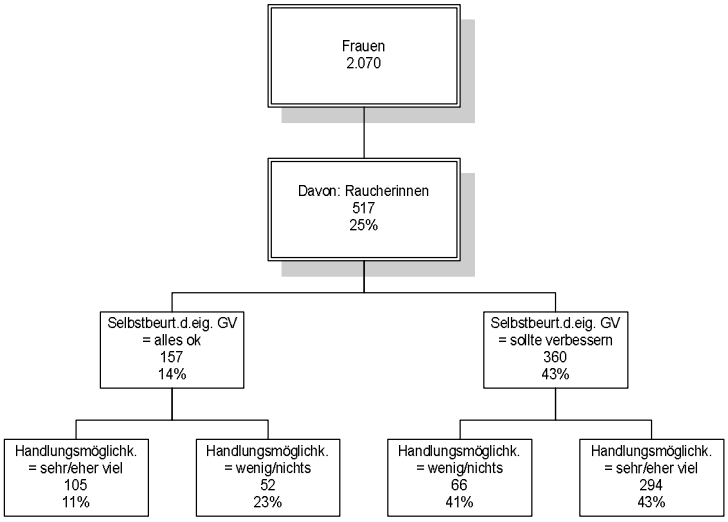


Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Rauchen die Variablen Selbstbeurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens (Nie- und Exraucherinnen), subjektive Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten (Nie- und Ex-Raucherinnen), Früherkennungsverhalten (Nie-Raucherinnen) und Nutzung schriftlicher Informationen (Aktuell-Raucherinnen) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.4 bis Abbildung 9.6 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen für die Raucherinnen als potentieller Interventionsgruppe durchführt (Abbildung 5.4).

Nach der Baumanalyse ist der Raucherinnen-Anteil besonders unter den Frauen hoch, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten für verbesserungswürdig halten. In dieser Gruppe wird zusätzlich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten identifiziert, der aber mit 2-Prozent-Punkten nicht sehr hoch ist. Die Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten differenziert auch die Gruppe derjenigen, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten eigentlich in Ordnung finden mit höheren Raucherinnen-Anteilen in der Gruppe derjenigen, die ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten, die Gesundheit zu beeinflussen, eher gering einschätzen.

Abbildung 5.4 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucherinnen mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



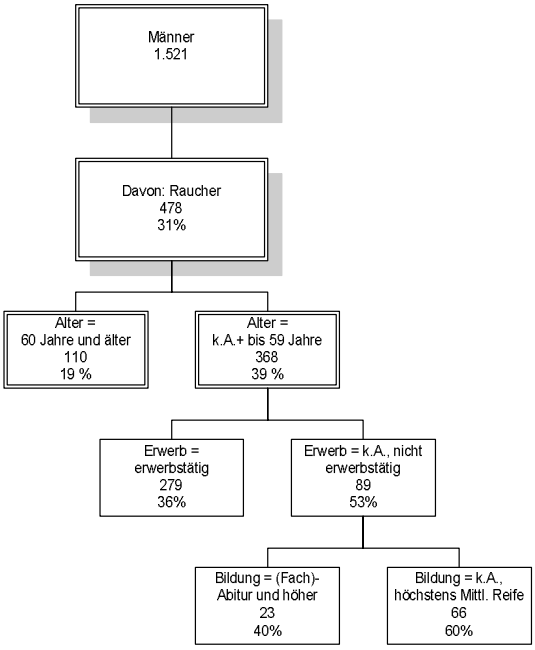
5.3.1.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Rauchen die Variablen Alter (alle), Bildung (Raucher und Nieraucher) Familienstand (Nie- und Exraucher), Bildungsabschluss (Nie- und Aktuell-Raucher) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.7 bis Abbildung 9.9 im Anhang). Mit diesen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen für die Raucher als potentieller Interventionsgruppe durchgeführt (Abbildung 5.5).

Erstes Differenzierungsmerkmal für die Gruppe der Aktuell-Raucher ist das Alter. Während bei den 60 Jahre und älteren Männern aktuell (noch) 19% rauchen, sind dies in den jüngeren Altersgruppen insgesamt 39%. Bei den älteren Männern wird keine weitere Differenzierung identifiziert. Bei den jüngeren Männern verzweigt sich der Baum sodann über den Erwerbsstatus mit höheren Anteilen an Aktuell-Rauchern bei den Männern, die nicht erwerbstätig sind oder keine Angabe zum Erwerbsstatus gemacht haben. Bei letztgenannter Gruppe werden weiterhin Unterschiede nach Bildung identifiziert.

Abbildung 5.5 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

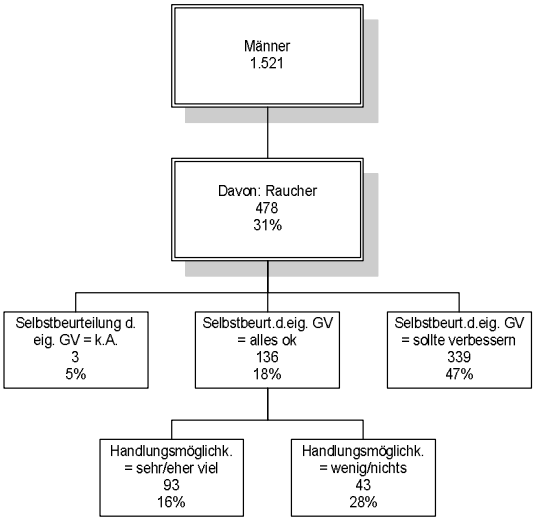


Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Rauchen die Variablen Selbstbeurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens (Nie- und Exraucher), subjektive Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten (Nie- und Ex-Raucher), Früherkennungsverhalten (Ex-Raucher) und Nutzung schriftlicher Informationen (Aktuell-Raucher) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.10 bis Abbildung 9.12 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen für die Raucher als potentieller Interventionsgruppe durchführt (Abbildung 5.6.

Nach der Baumanalyse unterscheidet sich der Raucher-Anteil zunächst nach der Selbstbeurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens und ist überdurchschnittlich hoch bei den Männern, die dieses für verbesserungswürdig halten. In der Gruppe derjenigen, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten eigentlich in Ordnung finden, ist der Anteil der Aktuell-Raucher signifikant höher bei denen, die wenig Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf ihre Gesundheit sehen, im Vergleich mit denen, die viel Handlungsmöglichkeiten sehen.

Abbildung 5.6 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Mikroebene 1)



5.3.1.3 Geschlechtervergleich

In Bezug auf die Analyse mit Variablen der sozialen Lage zeigt die graphische Auswertung für die Zielvariable Rauchstatus bei Frauen und Männern, dass die Variablen Alter, Bildung und Familienstand, bei Männern zusätzlich noch der Erwerbsstatus, relevant sind.

Für die Raucher und Raucherinnen als Zielgruppe für Prävention werden unterschiedliche Zielgruppen identifiziert: Bei Frauen sind vor allem jüngere Frauen, und besonders die nicht bzw. nicht mehr verheirateten, im Blickfeld; bei Männern Nichterwerbstätige im jüngeren bis mittleren Lebensalter und besonders jene mit niedrigen Bildungsabschlüssen. Aber auch die erwerbstätigen Männer haben hohe Raucherquoten, so dass Rauchen nach wie vor ein Thema betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung sein sollte.

In Bezug auf die Analyse mit individuellen Faktoren sind die Ergebnisse für Frauen und Männer tendenziell vergleichbar: Die Anteile der Aktuell-Raucher/innen sind höher in den Gruppen, die ihr Gesundheitsverhalten für verbesserungswürdig halten und tendenziell ihre Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf die Beeinflussung der eigenen Gesundheit eher gering erachten. Hieraus lässt sich die Hypothese formulieren, dass Raucherinnen und Raucher sich der Gesundheitsschädlichkeit ihres Rauchverhaltens bewusst sind. Weiterhin wäre zu prüfen, inwieweit Verbesserungen der subjektiven Handlungsmächtigkeit (als Ziel von Gesundheitsförderung) nützlich auf dem Weg zum Exraucher/zur Exraucherin sind.

5.3.2 Risikofaktor „Übergewicht“

Tabelle 5.3 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable Gewicht nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Gewicht	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Untergewicht	4	2	1		2	1	0	
Normalgewicht	71	57	39		58	43	33	
Übergewicht	16	28	41		30	42	51	
Adipositas	7	13	18		10	14	15	
Nicht bestimmbar	1	1	1		0	1	1	

5.3.2.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell werden für die Zielvariable Gewicht die Variablen Alter (alle Ausprägungen), Bildungsabschluss (Normal- und Übergewicht) und Familienstand (Adipositas) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.13 bis Abbildung 9.16 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse durchgeführt mit folgenden Ergebnissen für Frauen mit Übergewicht sowie Adipositas als potentiellen Interventionsgruppen (vgl. Abbildung 5.7 und

Abbildung 5.8; für Untergewicht – auch das ist als Risiko zu sehen – konnte wegen des hohen Anteils fehlender Angaben bei den relevanten Variablen keine Baumanalyse durchgeführt werden).

Im Hinblick auf Übergewicht (BMI 25-<30) gibt es zunächst Anteilsunterschiede in den Altersgruppen: Je älter die Frauen sind, desto größer ist der Anteil der Frauen mit Übergewicht. In den jüngeren Altersgruppen bis 39 Jahre zeigt sich als nächstes Merkmal ein starker Bildungsgradient: Je niedriger die Bildung desto höher der Anteil der Frauen mit Übergewicht. In den älteren Altersgruppen sind weitere Differenzierungsmerkmale der Familienstand sowie die Bildung. In der mittleren Altersgruppe haben nichtledige Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen tendenziell häufiger Übergewicht.

Bei Adipositas zeigt sich als erstes Differenzierungsmerkmal der Bildungsstand: Frauen mit Hauptschule als höchstem Bildungsabschluss haben mehr als doppelt so häufig Übergewicht wie Frauen mit Bildungsabschluss Mittlere Reife und höher. Bei letztgenannter Gruppe fallen die geschiedenen und verwitweten Frauen mit einem Anteil von 16% auf. Bei Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen ist der Anteil von Frauen mit Adipositas bei den verwitweten Frauen am höchsten.

Abbildung 5.7 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Übergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

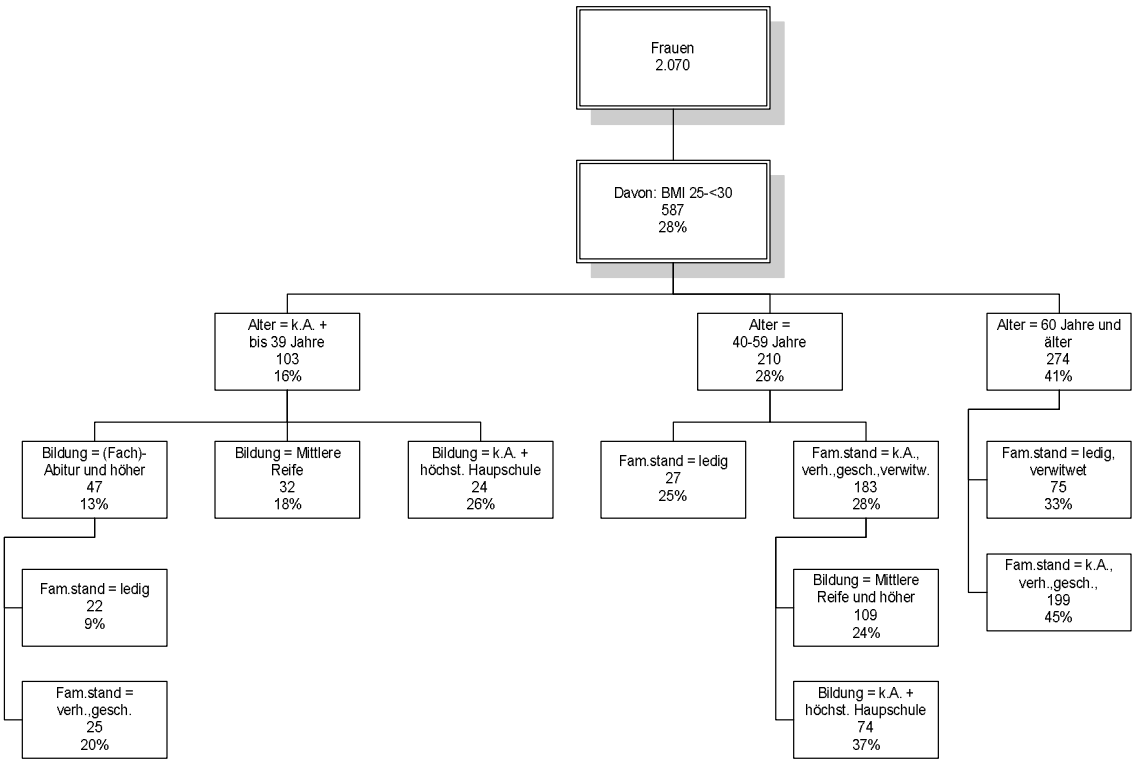
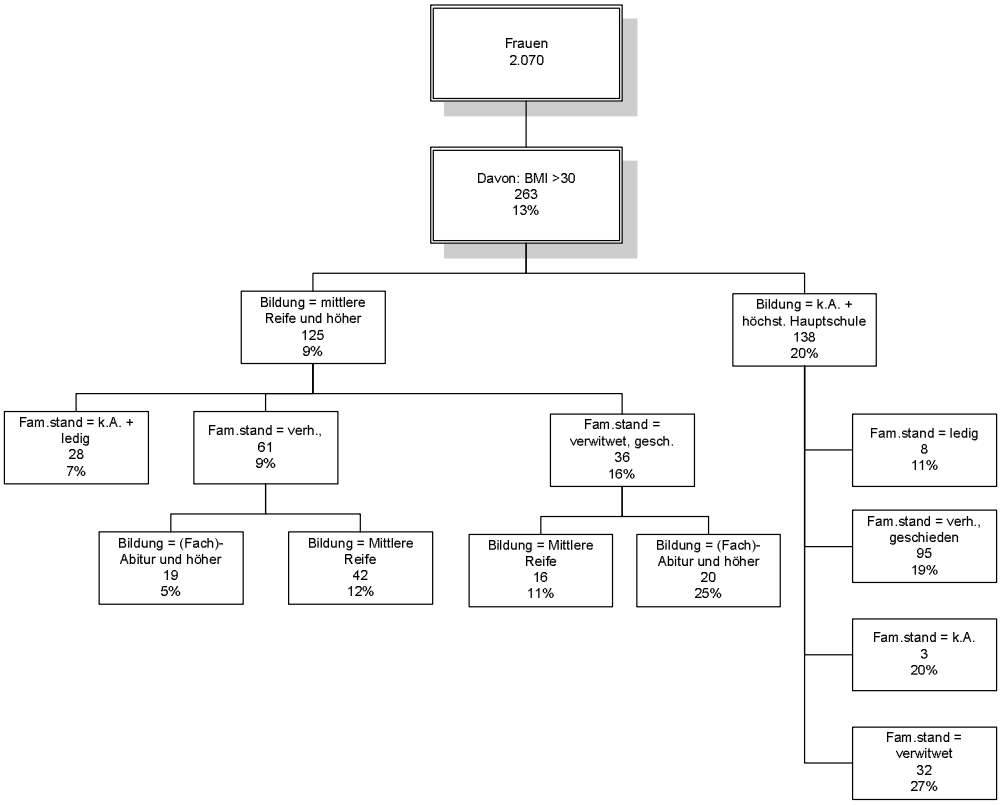


Abbildung 5.8 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Adipositas mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Gewichtskategorien Normalgewicht und Untergewicht jeweils Bezüge zu den Variablen „Arztbesuch in den letzten 6 Monaten" („arzt“) und Früherkennungsverhalten („früh“) identifiziert (vgl. Abbildung 9.17 bis Abbildung 9.20 im Anhang). Demgegenüber zeigt die graphische Analyse sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas keine Verbindung zu einer der ins Modell einbezogenen Variablen. Somit gehen die Variablen „Früherkennungsverhalten“ und „Arztbesuch in den letzten 6 Monaten“ in die Baumanalyse der Gruppenstruktur für die Zielvariablen Übergewicht und Adipositas ein (vgl. Abbildung 5.9 und Abbildung 5.10, die Gruppe der Untergewichtigen ist zu gering.)

Nach der Baumanalyse finden sich Unterschiede sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas nach dem Früherkennungsverhalten. Während der Übergewichtigen-Anteil bei Frauen höher ist in den Gruppen, die regelmäßig bis umfassend an Früherkennung teilnehmen, ist der Adipositas-Anteil höher in den Gruppen, die gar nicht/sehr wenig teilnehmen.

Abbildung 5.9 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Übergewicht mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

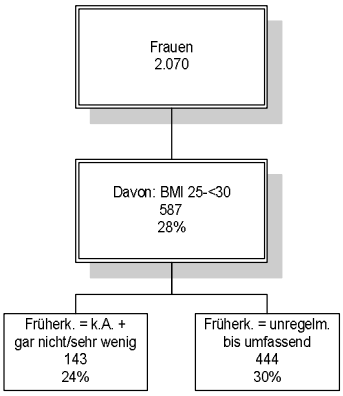
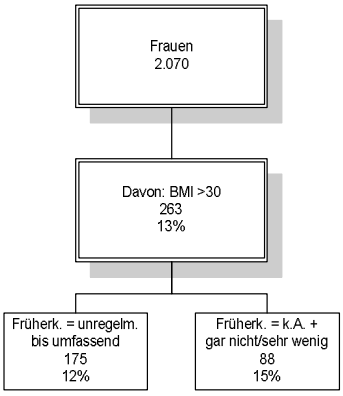


Abbildung 5.10 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Adipositas mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.3.2.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Gewicht folgende Variablen als relevant identifiziert: Für Normalgewicht zeigen alle berücksichtigten Variablen eine direkte Verbindung, für Übergewicht und Adipositas Alter und Familienstand, für Adipositas zusätzlich Bildung (vgl. Abbildung 9.21 bis Abbildung 9.24 im Anhang). Alle relevanten Variablen wurden in eine Baumanalyse einbezogen mit folgenden Ergebnissen für Männer mit Übergewicht sowie Adipositas als potentiellen Interventionsgruppen (vgl. Abbildung 5.11 und Abbildung 5.12).

Im Hinblick auf Übergewicht (BMI 25-<30) ist das erste differenzierende Merkmal der Familienstand mit höheren Anteilen Übergewichtiger bei Nichtledigen. Bei Ledigen gibt es weiterhin einen Alterseffekt mit höheren Anteilen bei den 40 Jahre alten und älteren Männern.

Bei Adipositas zeigt sich als erstes Differenzierungsmerkmal der Bildungsstand: Männer mit höchstem Bildungsabschluss Hauptschule haben deutlich häufiger Übergewicht als Männer mit höheren Bildungsabschlüssen. Männer mit niedrigem Bildungsabschluss unterscheiden sich zudem nach Familienstand mit höheren Anteilen Übergewichtiger bei den Nicht-Ledigen.

Abbildung 5.11 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Übergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

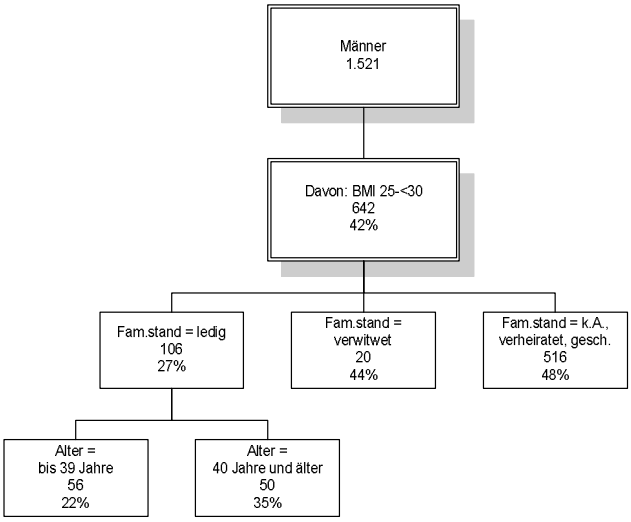
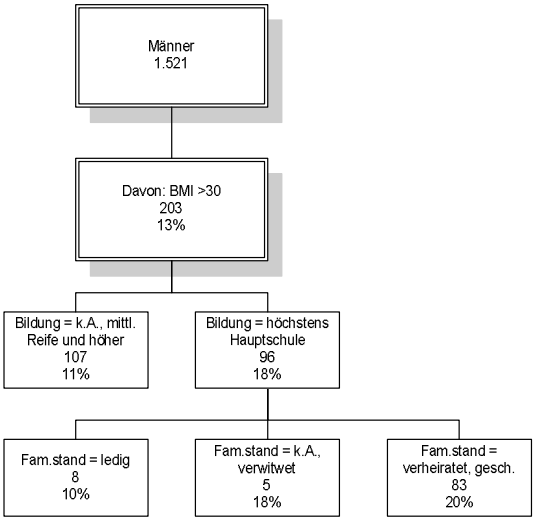


Abbildung 5.12 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Adipositas mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Gewichtskategorien Normalgewicht und Untergewicht für Männer jeweils ein Bezug zur Variablen „Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit“ identifiziert. Demgegenüber zeigt die graphische Analyse sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas keine Verbindung zu einer der ins Modell einbezogenen Variablen (vgl. Abbildung 9.25 bis Abbildung 9.28 im Anhang). Es erfolgte keine Baumanalyse.

5.3.2.3 Geschlechtervergleich

Im Hinblick auf Bildung und Variablen der sozialen Lage werden aus der Baumanalyse für Frauen verschiedene Gruppen ersichtlich, die ggfs. Zielgruppen für die Prävention von Übergewicht und Adipositas (bzw. damit verknüpften Krankheitsfolgen) sein sollten: Jüngere Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen, nichtledige Frauen mittleren Alters und mit niedrigen Bildungsabschlüssen, verheiratete und geschiedene ältere Frauen. Auch bei Männern werden bei den Nichtledigen höheren Anteile an Übergewicht und Adipositas gefunden, wobei in Bezug auf Adipositas dies vor allem für die Gruppe mit niedrigen Schulabschlüssen gilt. (Ergebnisse auf der individuellen Ebene (Mikroebene 1) liegen für diesen Risikofaktor nicht vor (Männer) bzw. sind nicht zu interpretieren (Frauen).

5.3.3 Risikofaktor „Wenig Bewegung“

Tabelle 5.4 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable Bewegung nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Bewegung (nach Bewegungsindex)#)	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Nicht oder wenig aktiv	30	29	23		27	27	20	
Mäßig aktiv	42	39	32		35	36	35	
Sehr aktiv	27	28	35		35	33	38	
Nicht bestimmbar	2	4	10		3	4	7	

#) Zur Berechnung vgl. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2005) und Anhang

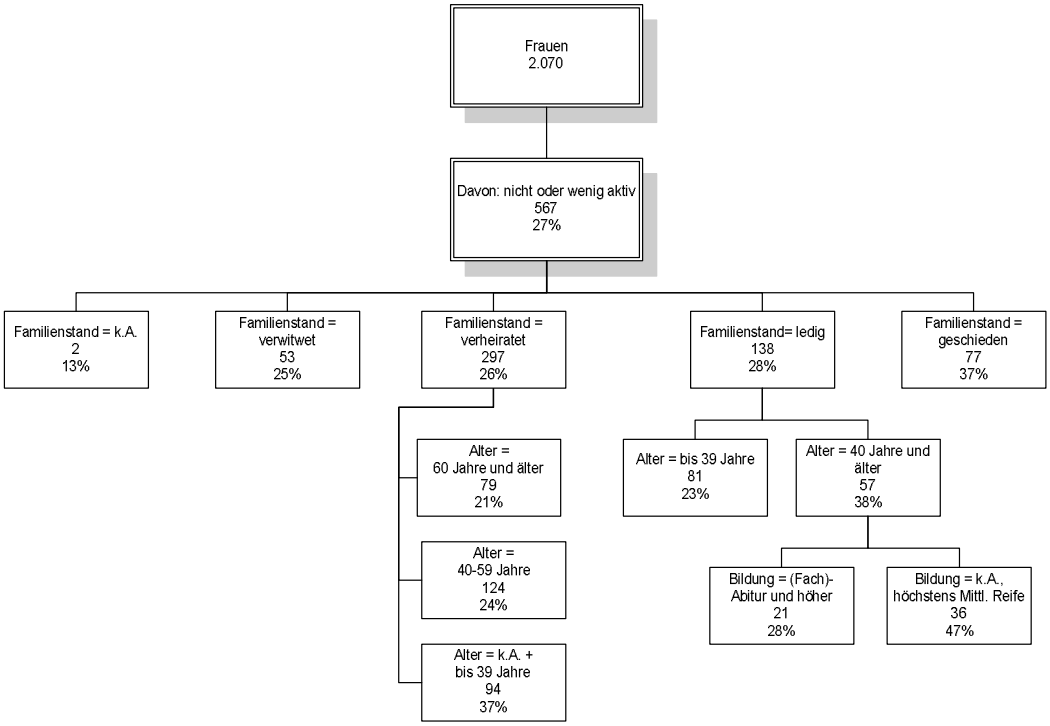
5.3.3.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Bewegung die Variablen Alter (wenig aktiv, sehr aktiv), Haushaltsgröße (mäßig aktiv, sehr aktiv), Familienstand (wenig aktiv), Bildung (wenig aktiv) und Erwerbsstatus (mäßig aktiv) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.29 bis Abbildung 9.31 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

Der Anteil der Frauen, die als nicht oder wenig aktiv eingestuft wurden, unterscheidet sich zunächst nach dem Familienstand. Die höchsten Anteile haben ledige Frauen ab 40 Jahren und älter (38%) und hier besonders diejenigen mit niedrigem bis mittlerem Bildungsabschluss (47%). Bei den verheirateten Frauen gibt es einen Altersgradienten: je jünger, desto häufiger wenig oder nicht aktiv. Einen mit 37% vergleichsweise hohen Anteil zeigen die geschiedenen Frauen.

Abbildung 5.13 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die "nicht oder wenig aktiv" sind, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurde für die Zielvariable Aktivität/Bewegung die Variable „Früherkennungsverhalten“ als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.32 bis Abbildung 9.34 im Anhang).

Die Baumanalyse zeigt, dass unter den Frauen, die nicht oder sehr wenig an Früherkennung teilnehmen, der Anteil sehr aktiver oder mäßig aktiver Frauen niedriger ist als bei den Frauen mit mindestens unregelmäßiger Teilnahme an Früherkennung. (Bei nicht oder wenig aktiven Frauen wurden in der Baumanalyse keine Unterschiede bezüglich des Früherkennungsverhaltens gefunden.)

Abbildung 5.14 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die "sehr aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

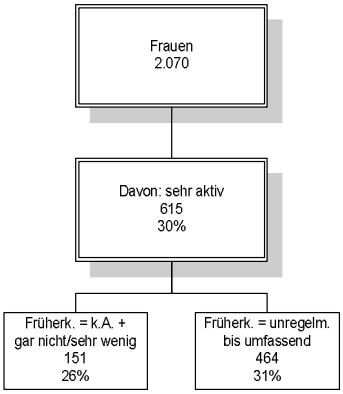
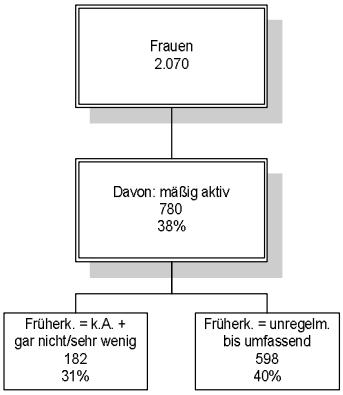


Abbildung 5.15 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die "mäßig aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



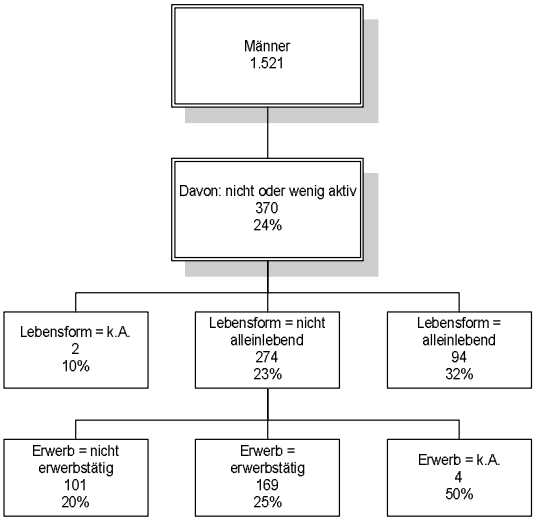
5.3.3.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Bewegung die Variablen Alter (wenig aktiv), Haushaltsgröße (wenig aktiv, mäßig aktiv) und Erwerbsstatus (sehr aktiv) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.35 bis Abbildung 9.37 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchführt (vgl. Abbildung 5.16).

Der Anteil der Männer, die als nicht oder wenig aktiv eingestuft wurden, unterscheidet sich vor allem nach der Haushaltsgröße/Lebensform: Alleinlebende sind häufiger nicht oder wenig aktiv und seltener in der mittleren Aktivitätsgruppe als nicht allein lebende Männer. Demgegenüber gibt es bei den sehr aktiven keinen Unterschied nach der Lebensform.

Abbildung 5.16 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "nicht oder wenig aktiv" sind, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurde für die Zielvariable Aktivität/Bewegung die Variable „Früherkennungsverhalten“ (wenig aktiv, mäßig aktiv) als relevant identifiziert. Mit „aktiv“ zeigte sich keine der Variablen verbunden (vgl. Abbildung 9.38 bis Abbildung 9.40 im Anhang).

Die Baumanalyse zeigt, dass unter den Männern, die mindestens unregelmäßig an Früherkennung teilnehmen, der Anteil nicht oder wenig aktiver niedriger und der Anteil mäßig bis sehr aktiver höher ist als bei Männern, die nicht oder wenig an Früherkennung teilnehmen.

Abbildung 5.17 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "nicht oder wenig aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

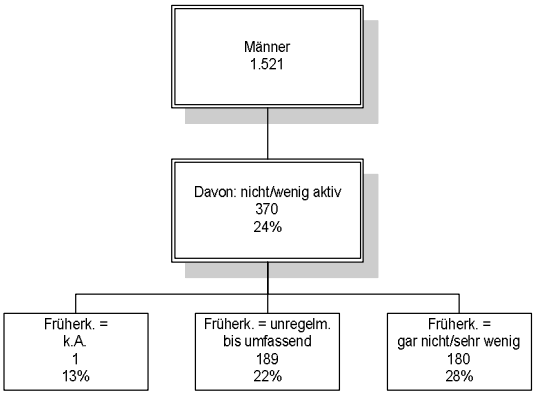


Abbildung 5.18 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "mäßig aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

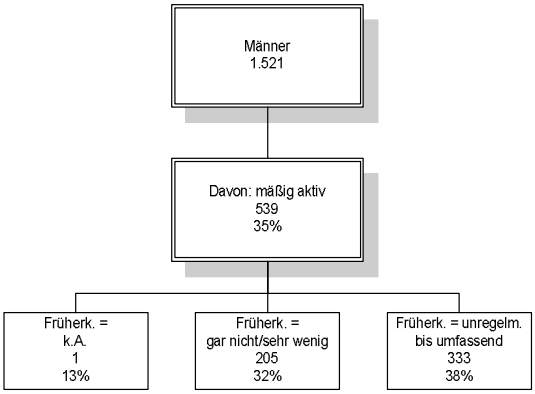
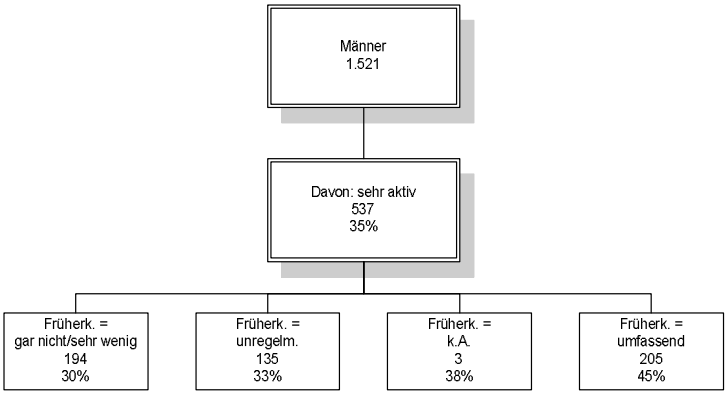


Abbildung 5.19 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "sehr aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.3.3.3 Geschlechtervergleich

In Bezug auf die Analyse mit Bildungsabschluss und Variablen der sozialen Lage zeigten sich bei den Männern vor allem Alleinlebende als wenig bewegungsfreundlich. Bei Frauen sind dies verheiratete jüngere Frauen, ledige Frauen über 40 Jahren mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen und geschiedene Frauen.

In Bezug auf die Analyse der individuellen Faktoren sind die Ergebnisse für Frauen und Männer tendenziell vergleichbar: Frauen und Männer, die an Früherkennung teilnehmen, sind tendenziell bewegungsfreundlicher als Frauen und Männer, die nicht an Früherkennung teilnehmen.

5.3.4 Kumulation von Risikofaktoren

Zusätzlich zu den risikospezifischen Analysen wurde ein Index gebildet, der Risikokumulationen beschreibt. In Tabelle 5.5 sind die Risikokombinationen dargestellt. Es zeigt sich, dass zwischen 10 und 15% der Männer und zwischen 12 und 14% der Frauen weder rauchen, noch Übergewicht haben noch sich wenig bewegen. Am anderen Ende der Skala finden sich bei den Frauen zwischen 3 und 9% und bei den Männern zwischen 6 und 17%, bei denen alle drei Risikofaktoren vorhanden sind (vgl. Abbildung 5.20 bis Abbildung 5.22).

Es zeigen sich weiterhin verschiedene Kombinationen von Risikofaktoren: Rauchen ist – vor allem bei den Frauen und Männern jüngeren und mittleren Alters – selten der einzige Risikofaktor, sondern ist vor allem mit wenig Bewegung verschwistert. Übergewicht/Adipositas ist in allen Altersgruppen erwartungsgemäß häufig verbunden mit wenig Bewegung. Wenig Bewegung kommt – im Vergleich zu Rauchen und Übergewicht – häufiger auch als alleiniger Risikofaktor vor. Ältere haben seltener als jüngere Personen zwei und mehr Risikofaktoren.

Tabelle 5.5 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Kumulation von Risikofaktoren“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				**Männer (N=1.521)**			
Kumulation von Risikofaktoren	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
„Gutes“ Risikoverhalten #)	13	12	14	-	15	10	10	-
(nur) RF Rauchen	6	6	3	-	8	7	4	-
(nur) RF Übergewicht/Adipositas	3	7	16	-	8	11	19	-
(nur) RF wenig Bewegung	33	25	17	-	19	13	12	-
RF Übergewicht + wenig Bewegung	12	21	31	-	18	21	31	-
RF Rauchen + wenig Bewegung	18	12	2	-	14	12	4	-
RF Rauchen + Übergewicht	3	3	1	-	4	5	4	-
„Schlechtes“ Risikoverhalten §)	6	9	3	-	9	17	6	-
Untergewicht	4	2	2	-	2	1	0	-
Nicht einstufbar	3	5	12	-	3	5	9	-

#) Keiner der drei betrachteten Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht/Adipositas, wenig Bewegung

§) Alle drei betrachteten Risikofaktoren vorhanden

Um jeweils ausreichende Fallzahlen in den einzelnen Subgruppen zu erhalten, wurde für die Gruppenstrukturanalyse ein Risikoindex mit drei Ausprägungen gebildet. Deren Häufigkeitsverteilung zeigt die nachfolgende Tabelle 5.6.

Tabelle 5.6 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Kumulation von Risikofaktoren/ Risikoindex“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Risikoindex	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Höchstens 1 Risikofaktor	58	51	51		51	41	46	
2 Risikofaktoren	33	36	35		37	38	39	
3 Risikofaktoren	6	9	3		9	17	6	
Nicht einstufbar	3	5	12		3	5	9	

Untergewicht wurde in diesem Risikoindex nicht als Risikofaktor, d.h. wie Normalgewicht, bewertet.

5.3.4.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Risikoindex die Variablen Bildungsabschluss (alle Ausprägungen), Erwerbstätigkeit (höchstens 1 RF, 3 RF), Alter (höchstens 1 RF), Familienstand (höchstens 1 RF) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.41 bis Abbildung 9.43 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

Im Hinblick auf ein gutes Risikofaktorenprofil (höchsten 1 RF) zeigt sich zunächst ein klarer Risikogradient nach dem höchsten Bildungsabschluss: Bei Frauen mit Bildungsabschluss Abitur und höher sind Frauen mit höchstens 1 RF deutlich häufiger vertreten als bei Frauen mit mittlerem Bildungsabschluss und bei diesen wiederum häufiger als bei Frauen mit höchstens Hauptschulabschluss.

Die mittlere Gruppe mit 2 RF, in der ein Drittel aller Frauen verortet wurden, lässt sich zunächst wiederum nach dem Bildungsabschluss differenzieren: Während deren Anteil bei Frauen mit mindestens Mittlerer Reife um 30% liegt, sind bei den Frauen mit höchstens Hauptschulabschluss 41% in dieser Gruppe verortet. Als weitere Gruppe fallen die nicht erwerbstätigen Frauen bis 59 Jahre mit Mittlerer Reife auf.

Im Hinblick auf ein schlechtes Risikoprofil (3 RF), mit einem Anteil von insgesamt nur 6%, fallen insbesondere die geschiedenen Frauen (13%) auf.

Abbildung 5.20 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit höchstens einem Risikofaktor mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

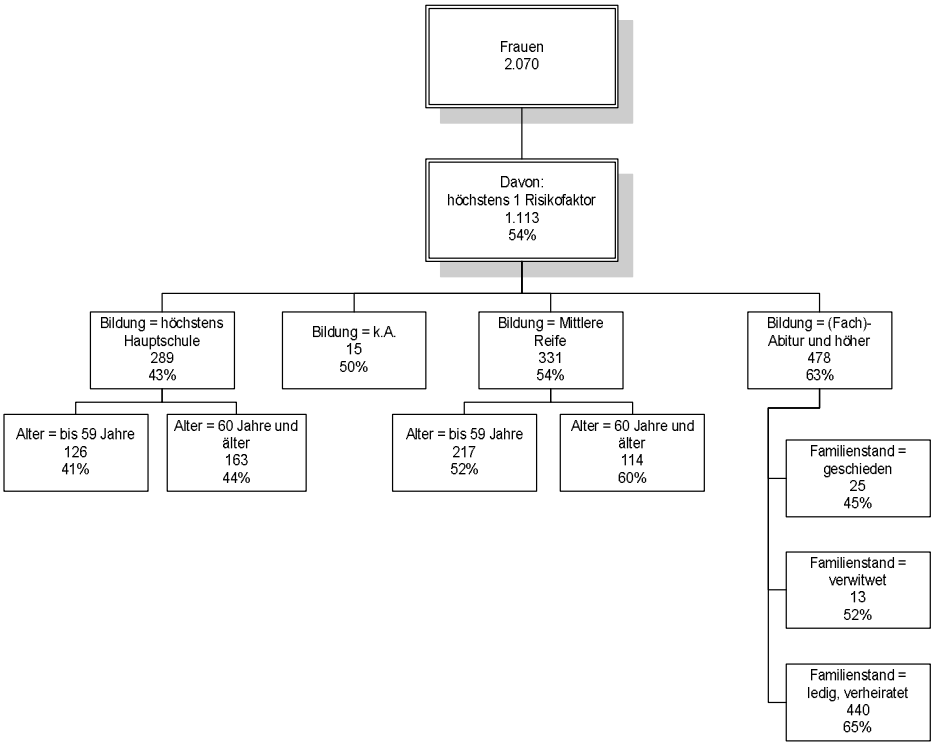


Abbildung 5.21 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit zwei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

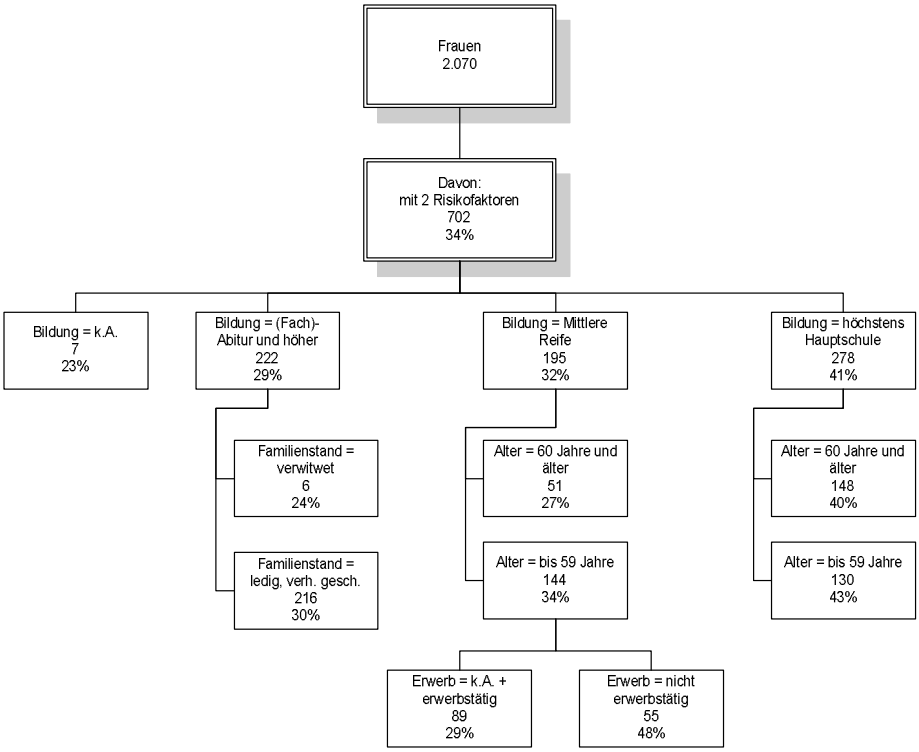
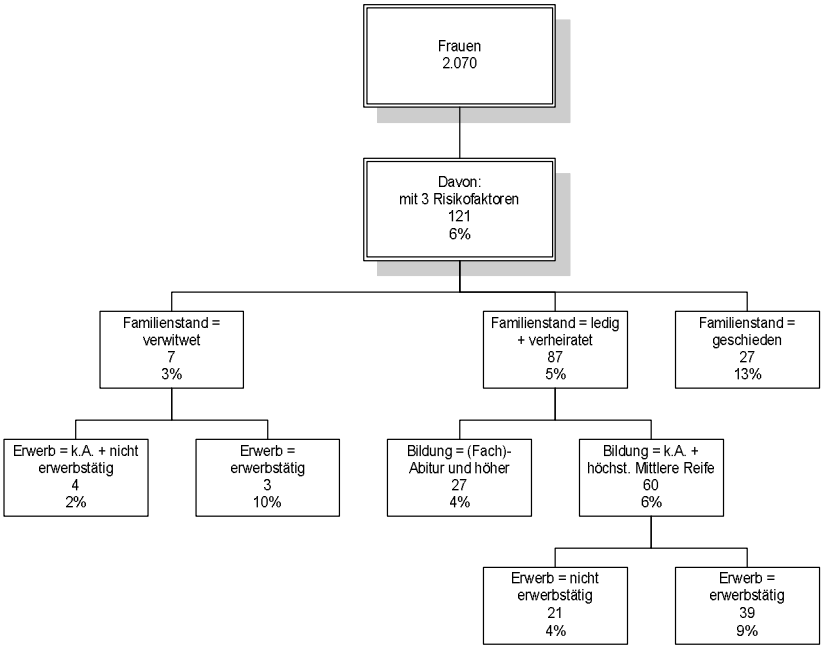


Abbildung 5.22 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit drei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Risikoindex für alle drei Ausprägungen die Variablen Selbstbeurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens (verhal) und der eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit (handl) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.44 bis Abbildung 9.46 im Anhang).

In der Baumanalyse (vgl. Abbildung 5.23 bis Abbildung 5.25) zeigt sich, dass der Anteil von Frauen mit einem guten Risikofaktorenprofil (höchsten 1 RF) bei denen, die ihr Gesundheitsverhalten als in Ordnung bewerten (und insbesondere bei denen, die viele Handlungsmöglichkeiten sehen), am höchsten ist. Frauen, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten für verbesserungswürdig ansehen, haben auf der anderen Seite häufiger ein schlechtes Risikoprofil (3 RF). Die mittlere Gruppe mit 2 RF, in der ein Drittel aller Frauen verortet wurden, ist besonders häufig vertreten bei den Frauen, die ihr Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig einschätzen.

Abbildung 5.23 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit höchstens einem Risikofaktor mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

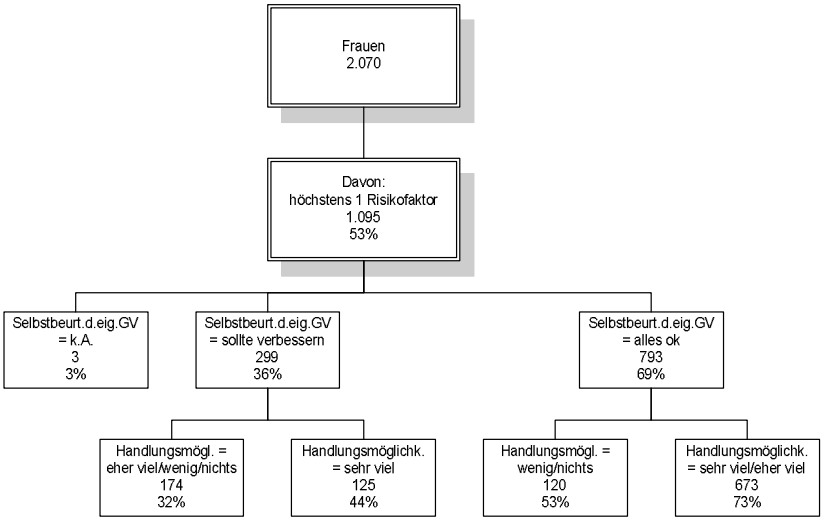


Abbildung 5.24 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit zwei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

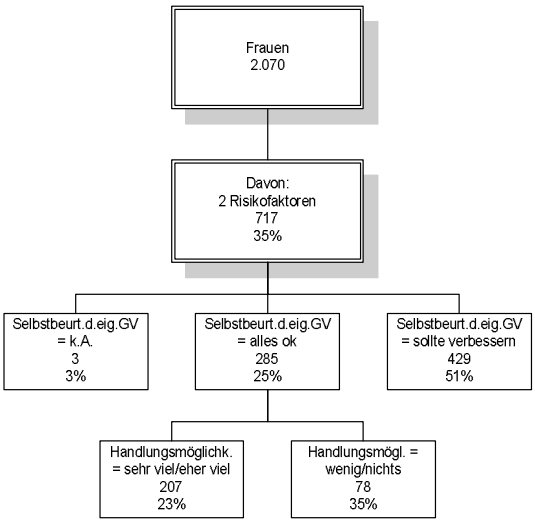
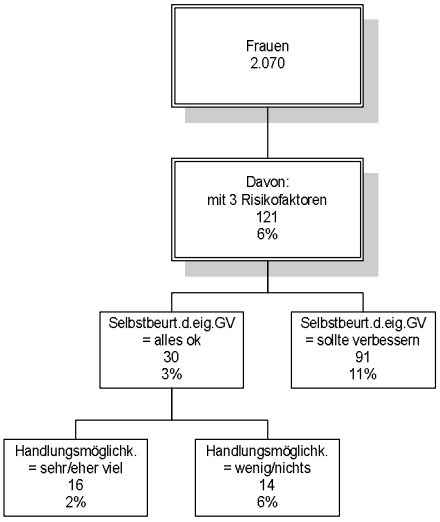


Abbildung 5.25 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit drei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.3.4.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Risikoindex die Variablen Bildungsabschluss (höchstens 1 RF, 2 RF), Familienstand (höchstens 1 RF, 3 RF) und Alter (3 RF) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.47 bis Abbildung 9.49 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt (vgl. Abbildung 5.26 bis Abbildung 5.28):

Abbildung 5.26 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit einem Risikofaktor mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

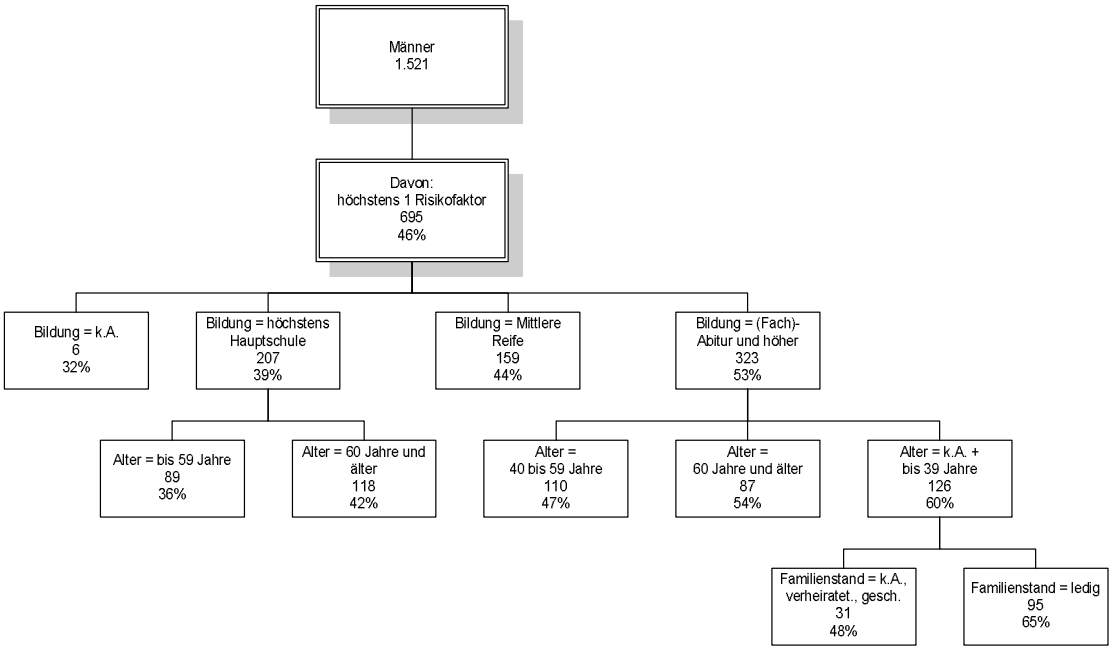


Abbildung 5.27 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit zwei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

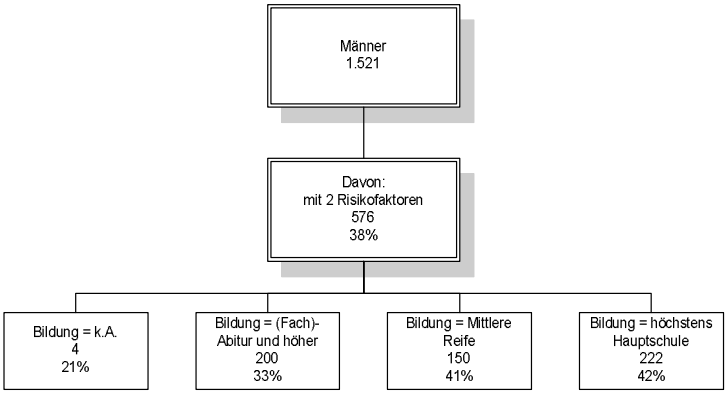
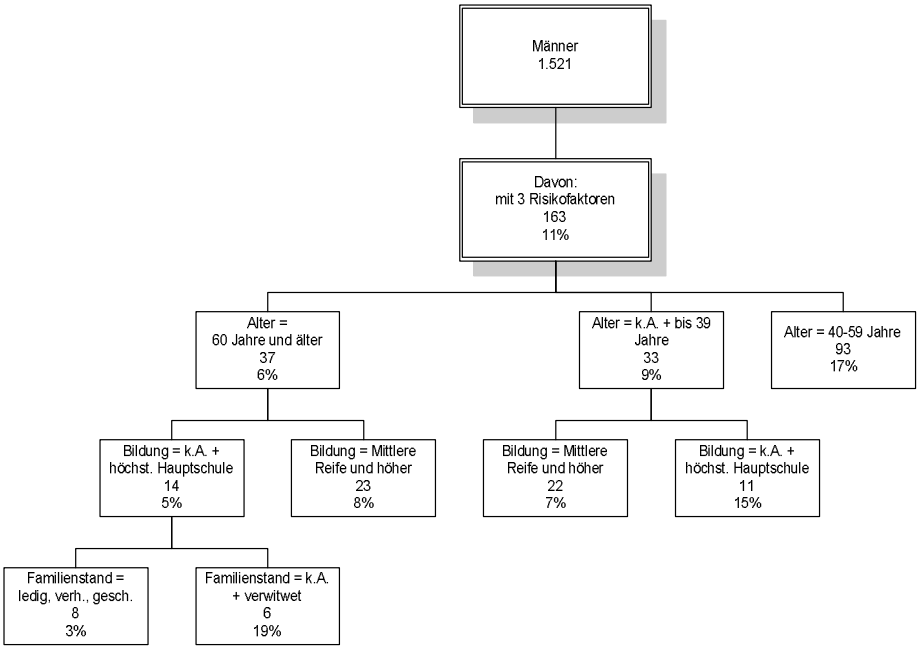


Abbildung 5.28 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit drei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Im Hinblick auf ein gutes Risikofaktorenprofil (höchsten 1 RF) zeigt sich zunächst ein klarer Risikogradient im Hinblick auf den höchsten Bildungsabschluss: Bei Männern mit Bildungsabschluss Abitur und höher ist dieses deutlich häufiger vertreten als bei Männern mit mittlerem Bildungsabschluss und bei diesen wiederum häufiger als bei Männern mit höchstens Hauptschulabschluss. Die höchsten Anteile finden sich bei jungen ledigen Männern mit (Fach-)Abitur und höherem Bildungsabschluss.

Die mittlere Gruppe mit 2 RF, in der 38% aller Männer verortet wurden, differenziert ausschließlich nach dem Bildungsabschluss: Während deren Anteil bei Männern der höchsten Bildungsgruppe bei 33% liegt, beträgt dieser in den anderen Gruppen gut 40%.

Im Hinblick auf ein schlechtes Risikoprofil (3 RF), das bei Männern einen Anteil von 11% ausmacht, fallen drei Gruppen auf: verwitwete Männer der ältesten Altersgruppe mit niedrigen Bildungsabschlüssen (19%), Männer im mittleren Alter (17%) sowie junge Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen.

Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Risikoindex die Variablen Selbstbeurteilung des eigenen Gesundheitsverhaltens (verhal) (alle Ausprägungen) und Früherkennungsverhalten (früh) (höchstens 1 RF, 2 RF) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.50 bis Abbildung 9.52 im Anhang).

In der Baumanalyse (vgl. Abbildung 5.29 bis Abbildung 5.31) zeigt sich, dass der Anteil der Männer mit einem guten Risikofaktorenprofil (höchstens 1 RF) bei denen, die ihr Gesundheitsverhalten als in Ordnung bewerten (und insbesondere bei denen, die umfassend an Früherkennung teilnehmen), am höchsten ist.

Die mittlere Gruppe mit 2 RF, in der ein Drittel aller Männer verortet wurden, ist besonders häufig vertreten bei den Männern, die ihr Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig einschätzen.

Männer, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig ansehen, haben auf der anderen Seite häufiger ein schlechtes Risikoprofil (3 RF).

Abbildung 5.29 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit einem Risikofaktor mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

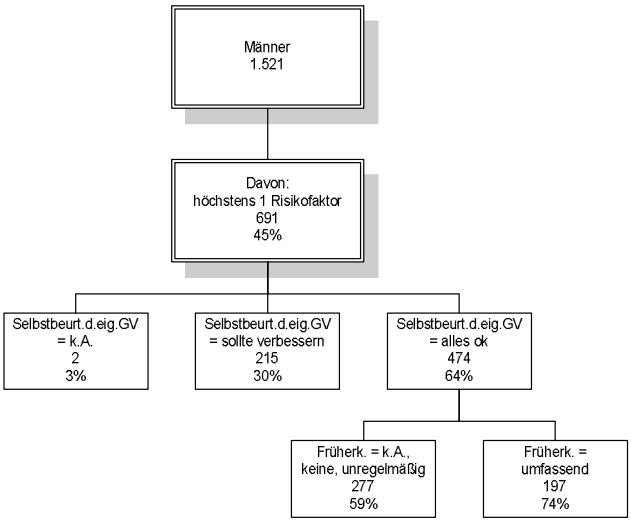


Abbildung 5.30 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit zwei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

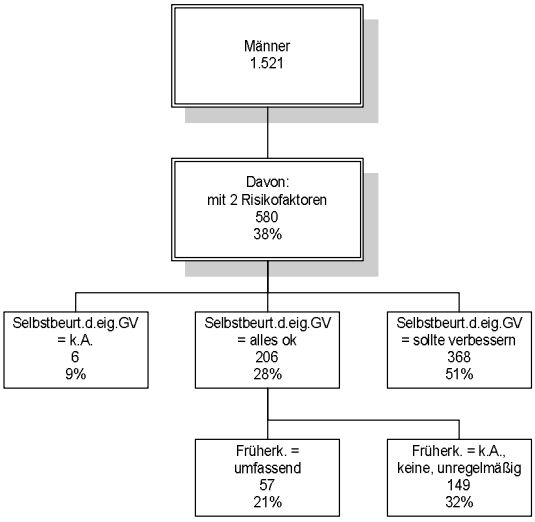
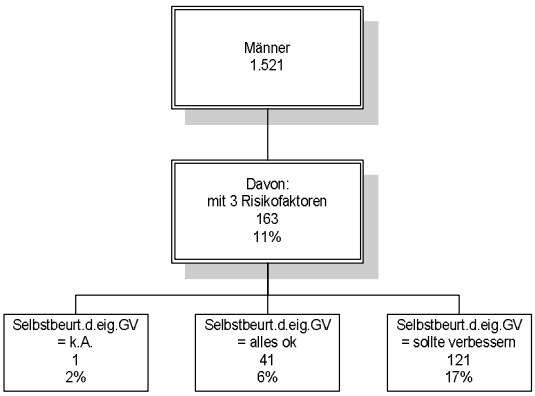


Abbildung 5.31 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit drei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.3.4.3 Geschlechtervergleich

Auf der Makroebene fallen im Hinblick auf ein schlechtes Risikoprofil bei Frauen besonders die geschiedenen Frauen auf, bei Männern sind es drei recht unterschiedliche Gruppen: ältere verwitwete und junge Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen sowie die Männer der mittleren Altersgruppe.

Die mittlere Gruppe mit 2 RF differenziert bei Frauen und Männern am deutlichsten nach Bildungsabschluss, wobei dieses Risikoprofil besonders bei Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen überdurchschnittlich häufig ist. Weiterhin fielen nicht erwerbstätige Frauen mit mittleren Bildungsabschlüssen auf.

Im Hinblick auf die individuellen Faktoren finden sich Frauen und Männer mit zwei und mehr Risikofaktoren sehr viel öfter in der Gruppe derjenigen, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig ansehen.

5.3.5 Zusammenfassung

Als Zwischenergebnis werden in der folgenden Tabelle die identifizierten Gruppen hinsichtlich der untersuchten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht/Adipositas und wenig Bewegung zusammengefasst.

Tabelle 5.7 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen mit Präventionsbedarf hinsichtlich der untersuchten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, wenig Bewegung

Zielvariablen	Analyseebene	Frauen	Männer
Rauchen	Soziale Lage	• Jüngere Frauen, dabei insbesondere nicht (mehr) verheiratete mit niedrigen Bildungsabschlüssen	• Männer jüngerer bis mittlerer Altersgruppen, insbesondere nicht erwerbstätige mit niedrigen und mittleren Bildungsabschlüssen
	Individuelle Faktoren	Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens als verbesserungswürdig und der Handlungsmöglichkeiten als eher gering	
Übergewicht	Soziale Lage	• Jüngere Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Nichtledige Frauen mittleren Alters und mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Verheiratete und geschiedene ältere Frauen	• Nichtledige Männer
	Individuelle Faktoren	Keine Ergebnisse	
Adipositas	Soziale Lage	Frauen und Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen Nichtledige Frauen und Männer	
	Individuelle Faktoren	Keine Ergebnisse	
Wenig Bewegung	Soziale Lage	• Ledige Frauen über 40 Jahren mit niedrigen bis mittleren Schulabschlüssen • Geschiedene Frauen • Verheiratete jüngere Frauen	• Alleinlebende
	Individuelle Faktoren	Frauen und Männer, die nicht oder wenig an Früherkennung teilnehmen, sind häufiger wenig bewegungsaktiv	
Risikoindex: **2 Risikofaktoren (RF)**	Soziale Lage	• Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss • Nicht erwerbstätige Frauen aus der mittleren Bildungsschicht	• Männer mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen
Risikoindex: **Schlechtes Risikoprofil (3RF)**	Soziale Lage	• Geschiedene Frauen	• Ältere verwitwete Männer • Junge Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Männer der mittleren Altersgruppe (40-59 Jahre)
	Individuelle Faktoren	Personengruppen, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig beschreiben, haben einen größeren Anteil an Frauen und Männern mit zwei und mehr Risikofaktoren.	

5.4 Fragenkomplex 2: Welche Personengruppen zeigen eine hohe/niedrige Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen?

5.4.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

In die Analyse der Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden die anspruchsberechtigten Frauen (ab 20 Jahren) und Männer (ab 45 Jahren) einbezogen und Teilnahme (regelmäßig oder unregelmäßig) und „keine Teilnahme“ unterschieden. Demnach ergeben sich folgende Häufigkeiten.

Tabelle 5.8 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Beteiligung an Krebsfrüherkennung“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in % (N = Anspruchsberechtigte)

	Frauen (N=2.070) #)				Männer (N=1.521) #)		
Beteiligung an Krebsfrüherkennung	18-39J (N=608)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	45-59J (N=419)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Ja	78	88	77		60	71	
Nein	18	8	10		31	16	
k.A.	4	4	12		9	14	

#) Frauen und Männer ab 35 Jahren

Von den anspruchsberechtigten Frauen nehmen vier von fünf Frauen zumindest unregelmäßig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil, bei den anspruchsberechtigten Männern sind es zwei von drei.

5.4.1.1 Frauen

Soziale Lage

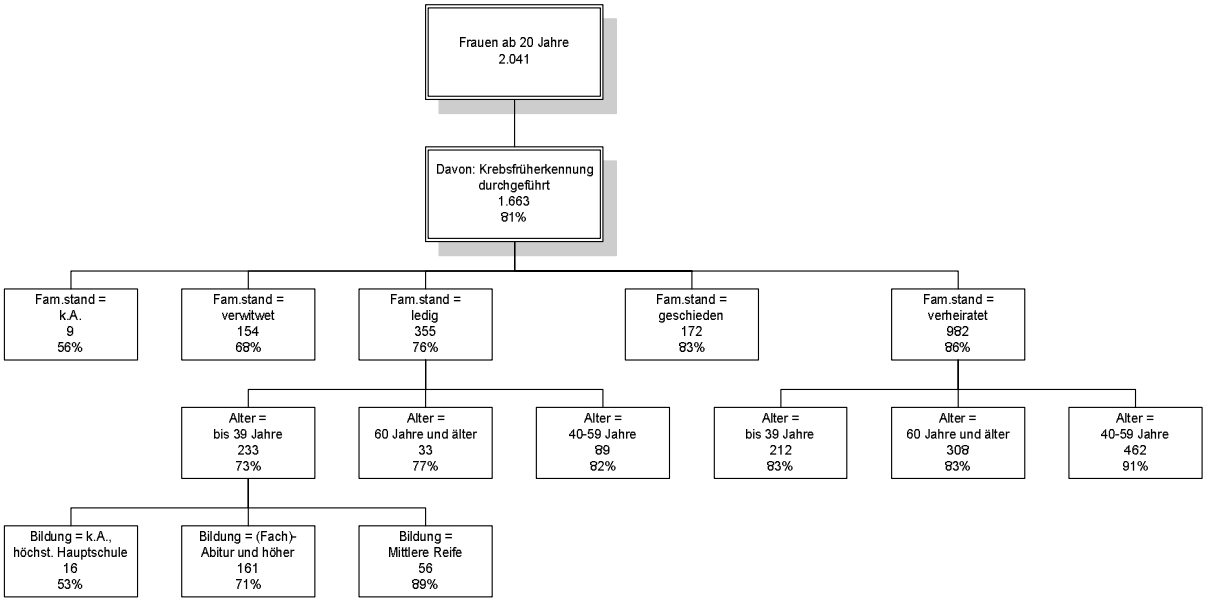
Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Krebsfrüherkennung die Variablen Familienstand, Alter und Bildung als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.53 im Anhang).

In der Baumanalyse (vgl. Abbildung 5.32) zeigt sich bei Frauen zunächst eine Differenzierung des Anteils von Teilnehmerinnen bzw. Nichtteilnehmerinnen nach dem Familienstand. Betrachtet man die Gruppe der Frauen, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen regelmäßig oder unregelmäßig teilnehmen, ist dieser Anteil unter den verwitweten und ledigen Frauen eher unterdurchschnittlich und unter den geschiedenen und verheirateten Frauen eher überdurchschnittlich. Bei den ledigen Frauen gibt es Unterschiede nach Alter und auch nach Bildungsstand, wobei jüngere Frauen der niedrigsten Bildungsschicht seltener teilgenommen haben als Frauen mit mittlerer und höherer Bildung. Unter den Frauen der mittleren Altersgruppe ist sowohl bei den ledigen als auch bei den verheirateten Frauen der Teilnahmeanteil am höchsten.

Wegen der unterschiedlichen Anspruchsberechtigungen für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die im Rahmen der vorhandenen Daten nicht differenziert werden konnten, können Altersunterschiede nicht interpretiert werden. So kann im Hinblick auf Zielgruppen für

die Verbesserung der Teilnahme an Krebsfrüherkennung bei Frauen lediglich der deutliche Unterschied nach Bildungsstand bei den jüngeren Frauen festgehalten werden.

Abbildung 5.32 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Krebsfrüherkennung die Variablen Informationsverhalten, Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens und Arztbesuch in den letzten 6 Monaten als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.56 im Anhang).

Im Hinblick auf die untersuchten individuellen Faktoren differenziert zunächst die Variable Arztbesuch in den letzten 6 Monaten. Frauen, die beim Arzt waren, haben erwartungsgemäß auch häufiger an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen. Die weiteren statistisch gefundenen Differenzierungen sind im Hinblick auf mögliche Interventionen zur Verbesserung des Früherkennungsverhaltens nicht interpretierbar (vgl. Abbildung 9.139 im Anhang).

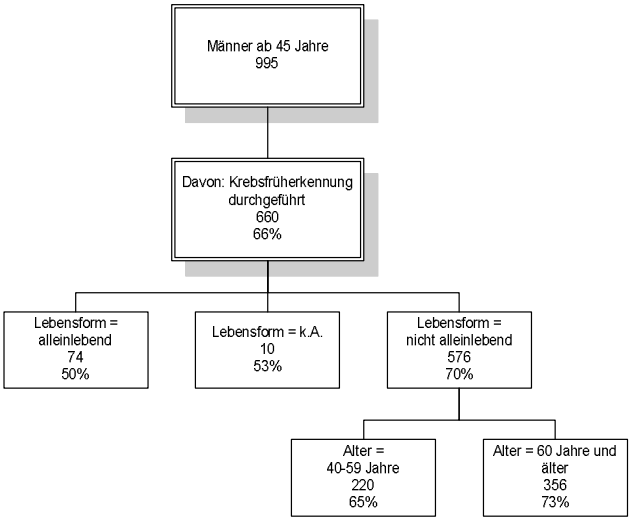
5.4.1.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Krebsfrüherkennung die Variablen Familienstand, Alter und Haushaltszusammensetzung (Lebensform) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.59 im Anhang).

Bei Männern zeigt sich eine Differenzierung im Hinblick auf die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach der Lebensform (vgl. Abbildung 5.33). Alleinlebende Männer nehmen deutlich seltener teil als nicht alleinlebende. Bei letztgenannten gibt es Unterschiede nach dem Alter: Ältere Männer über 60 Jahren nehmen häufiger teil als Männer der mittleren Altersgruppe.

Abbildung 5.33 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

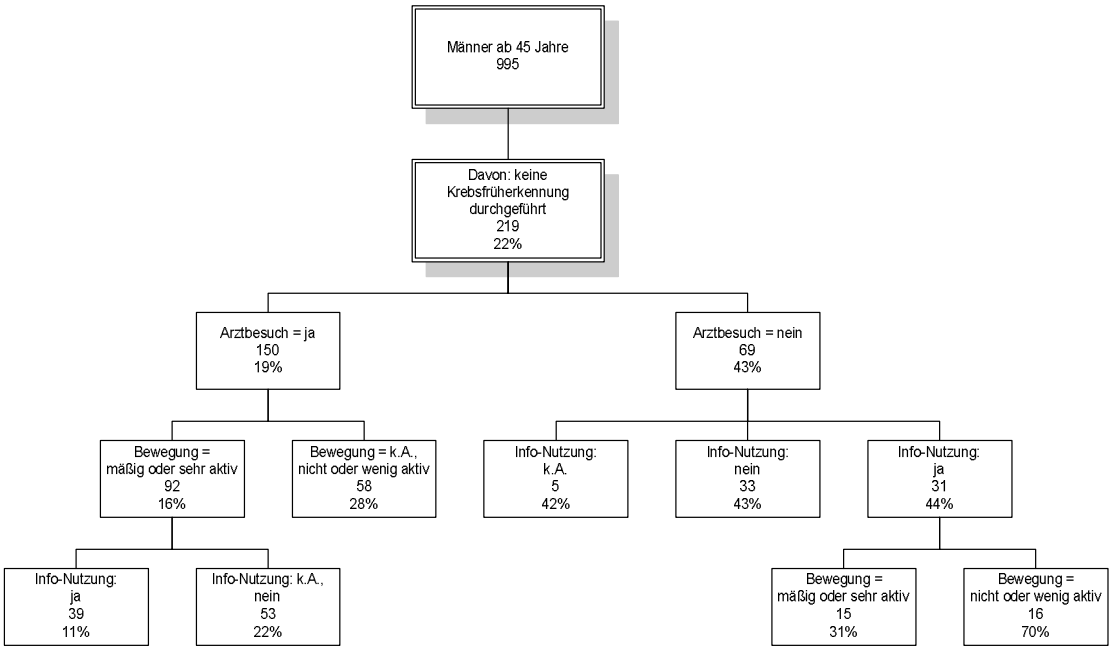


Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Krebsfrüherkennung die Variablen Informationsverhalten, Arztbesuch in den letzten 6 Monaten, Rauchen und Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.62 im Anhang).

Im Hinblick auf die untersuchten individuellen Faktoren zeigt sich ein differenziertes Bild (vgl. Abbildung 5.24). Zunächst differenziert die Variable Arztbesuch in den letzten 6 Monaten. In beiden Subgruppen spielen statistisch „Bewegung“ und „Suche nach Gesundheitsinformationen“ eine Rolle. In beiden Gruppen zeigen sich Tendenzen, dass Männer, die im Hinblick auf Bewegung als nicht oder weniger aktiv eingestuft wurden, seltener an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen. Bezüglich der Informationssuche sind die Unterschiede klein (43 vs. 44%) oder im Rahmen dieser Auswertung nicht interpretierbar (vgl. Abbildung 9.144 im Anhang).

Abbildung 5.34 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.4.1.3 Geschlechtervergleich

Frauen und Männer unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bezüglich sozialer Variablen: Bei Frauen ist die Interpretation von Altersunterschieden wegen der unterschiedlichen Anspruchsberechtigungen nicht möglich. In der jüngsten Altersgruppe zeigt sich eine Differenzierung des Teilnahmeverhaltens nach dem Bildungsstand mit einem auffällig niedrigen Anteil bei ledigen Frauen mit höchstens Hauptschulabschluss.

Bei Männern sind die Teilnahmeanteile besonders bei Alleinlebenden niedrig, bei Nichtalleinlebenden gibt es einen deutlichen Altersunterschied.

5.4.2 „Check up 35“

In die Analyse der Beteiligung am Check up 35 wurden die anspruchsberechtigten Frauen und Männer ab 35 Jahren einbezogen und Teilnahme (regelmäßig oder unregelmäßig) und „keine Teilnahme“ unterschieden. Daraus ergeben sich folgende Häufigkeiten.

Tabelle 5.9 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Beteiligung am Check up 35 nach Geschlecht und Alter – Anteile in % (N = Anspruchsberechtigte)#)

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Beteiligung am Check up 35	35-39 (N=201)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	35-39 (N=151)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Ja	59	72	74		46	67	74	
Nein	33	17	7		46	26	10	
k.A.	8	11	19		7	7	16	

#) Frauen und Männer ab 35 Jahren

Die selbstberichtete Teilnahmerate am Check up 35 ist bei den anspruchsberechtigten Frauen (71%) und Männern (67%) vergleichbar.

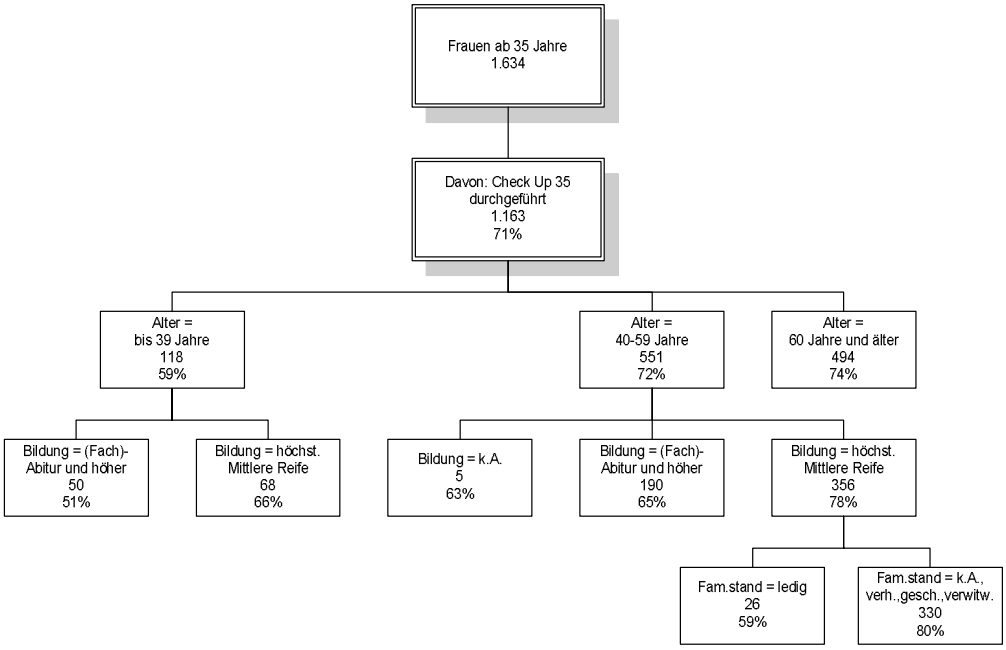
5.4.2.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Check up 35 die Variablen Familienstand, Alter, Bildung sowie Haushaltszusammensetzung (Lebensform) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.54 im Anhang).

In der Baumanalyse (vgl. Abbildung 5.35) zeigt sich bei Frauen zunächst eine Differenzierung des Anteils von Teilnehmerinnen bzw. Nichtteilnehmerinnen nach dem Alter mit einem deutlichen Abstand zwischen jüngeren Frauen einerseits und den älteren Altersgruppen andererseits. In den jüngeren und mittleren Altersgruppen gibt es darüber hinaus Unterschiede nach Bildung: Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen nehmen seltener teil als Frauen mit niedrigen oder mittleren Abschlüssen.

Abbildung 5.35 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Check up 35 die Variablen Gewicht, Arztbesuch in den letzten 6 Monaten und Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.57 im Anhang).

Die Ergebnisse der Baumanalyse sind nicht interpretierbar.

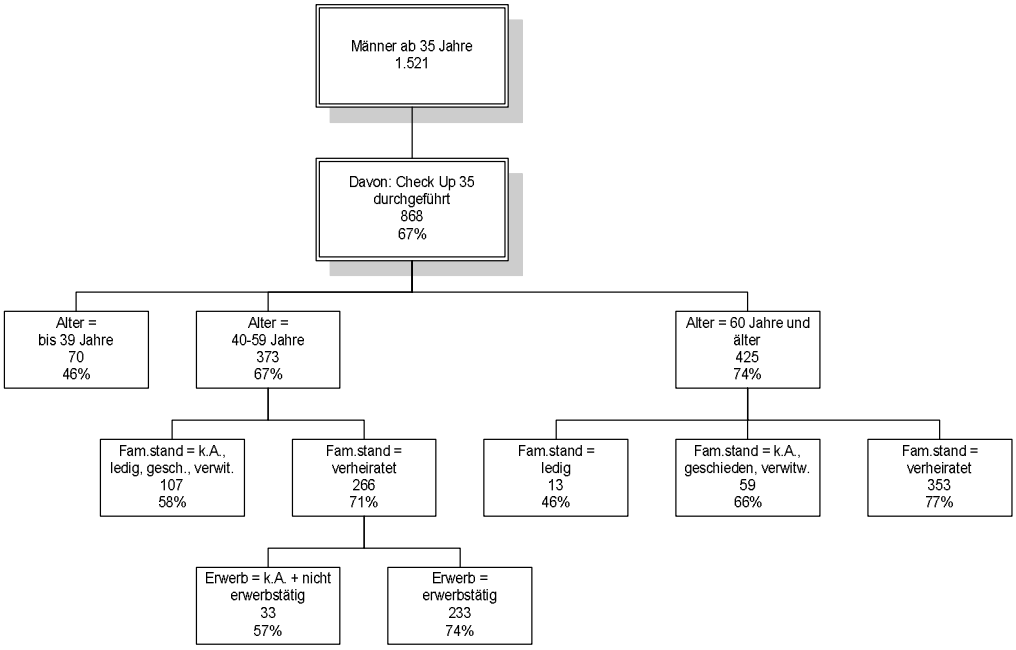
5.4.2.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Check up 35 die Variablen Familienstand und Alter als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.60 im Anhang).

Bei Männern zeigt sich zunächst eine Differenzierung des Anteils von Teilnehmern bzw. Nichtteilnehmern nach dem Alter (vgl. Abbildung 5.36): je höher die Altersgruppe, desto höher der Anteil der Teilnehmenden. Zusätzlich nehmen in den mittleren und höheren Altersgruppen die verheirateten Männer häufiger teil als die nicht (mehr) verheirateten.

Abbildung 5.36 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Check up 35 die Variablen Gewicht, Arztbesuch in den letzten 6 Monaten, Rauchen und Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.63 im Anhang).

Die Ergebnisse der Baumanalyse sind nicht interpretierbar.

5.4.2.3 Geschlechtervergleich

Bei Frauen und Männern zeigt sich als wichtigster Differenzierungsfaktor für die Teilnahme am Check up 35 das Alter: je älter die Altersgruppe, desto höher der Teilnahmeanteil. Darüber hinaus gibt es auch Unterschiede: Während bei den Frauen diejenigen mit höheren Schulabschlüssen unterdurchschnittliche Teilnahmeraten aufweisen, sind es bei den Männern die nicht oder nicht mehr Verheirateten.

5.4.3 Zahnvorsorge

Im Hinblick auf Zahnvorsorge sind alle Befragungsteilnehmer/innen anspruchsberechtigt und gehen somit in die Analyse ein.

Tabelle 5.10 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Beteiligung an Zahnvorsorge“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Beteiligung an Zahnvorsorge-untersuchungen	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Ja	90	91	81		80	77	76	
Nein	8	5	6		17	18	10	
k.A.	2	4	13		3	5	14	

Während bei den Frauen 87% angaben, zumindest unregelmäßig an Zahnvorsorge-untersuchungen teilzunehmen, waren dies bei den Männern mit 78% etwas weniger.

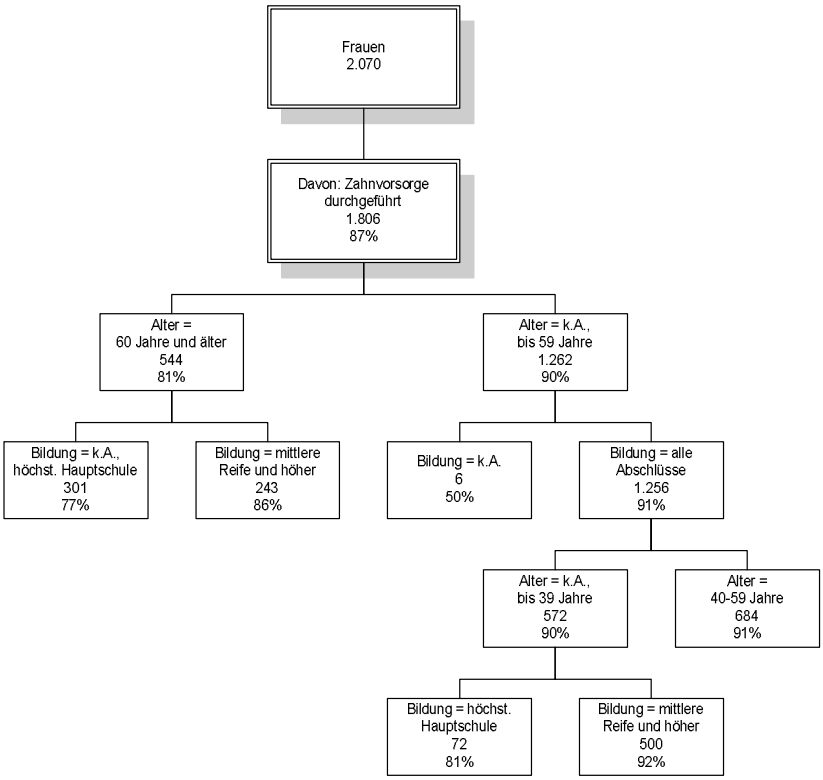
5.4.3.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Zahnvorsorge die Variablen Alter und Bildung als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.55 im Anhang).

Die Teilnahmerate an Zahnvorsorgeuntersuchungen unterscheidet sich bei den Frauen zunächst nach dem Alter (vgl. Abbildung 5.37). Frauen der ältesten Altersgruppe – und insbesondere diejenigen mit niedrigen Bildungsabschlüssen – nehmen Zahnvorsorge-untersuchungen seltener wahr als Frauen in den jüngeren und mittleren Altersgruppen. Weiterhin fällt eine unterdurchschnittliche Beteiligung von jüngeren Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen auf.

Abbildung 5.37 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Zahnvorsorge-untersuchungen teilnehmen, wurde mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Zahnvorsorge die Variablen Gewicht und Selbsteinschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.58 im Anhang).

Die Auswertung der individuellen Faktoren zeigt, dass der Teilnahmeanteil bei den Frauen, die ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit als gering einschätzen, niedriger ist als bei denen, die eher viele Handlungsmöglichkeiten sehen. In beiden Gruppen zeigen sich zudem niedrigere Teilnahmeraten bei Frauen mit Adipositas.

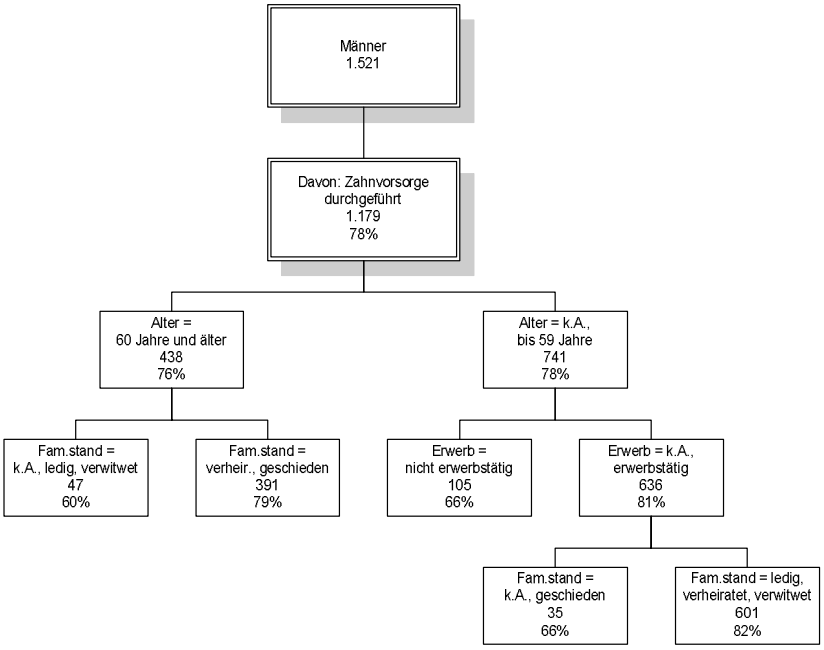
5.4.3.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Zahnvorsorge die Variablen Familienstand, Alter und Erwerbstätigkeit als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.61 im Anhang).

Bei Männern gibt es zwar statistisch signifikante, jedoch kleine Unterschiede in Bezug auf die Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen in den Altersgruppen. Bei den Männern ab 60 Jahren nehmen verheiratete und geschiedene Männer häufiger teil als ledige und verwitwete; in der jüngeren und mittleren Altersgruppe demgegenüber Erwerbstätige häufiger als Nichterwerbstätige (vgl. Abbildung 5.38).

Abbildung 5.38 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Zahnvorsorge-untersuchungen teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable Zahnvorsorge die Variablen Gewicht und Rauchen als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.64 im Anhang). Die Baumanalyse zeigte, dass Nie- und Exraucher häufiger Zahnvorsorgeuntersuchungen wahrnehmen als Raucher.

5.4.3.3 Geschlechtervergleich

Bei Frauen und Männern zeigt sich als wichtigster Differenzierungsfaktor für die Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen das Alter. Bei Frauen nehmen jüngere und mittlere Altersgruppen häufiger teil als ältere; bei Männern ist dies umgekehrt. Bei Frauen ist die Teilnahme bei älteren und jüngeren Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen unterdurchschnittlich. Bei Männern der jüngeren und mittleren Altersgruppe ist die Teilnahme bei nicht Erwerbstätigen unterdurchschnittlich. Bei älteren Männern ist die Teilnahme von Ledigen bzw. Verwitweten niedriger als bei Verheirateten und Geschiedenen.

5.4.4 Zusammenfassung

Als Zwischenergebnis werden in der folgenden Tabelle die hinsichtlich der Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung identifizierten Gruppen zusammengefasst.

Tabelle 5.11 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen hinsichtlich der (Nicht-)Teilnahme an Krankheitsfrüherkennung

Zielvariablen	Analyseebene	Frauen	Männer
Keine Teilnahme an Krebs-früherkennung	Soziale Lage	• Jüngere Frauen mit niedriger Bildung	• Alleinlebende Männer, ggfs. nicht alleinlebende Männer mittleren Alters
	Individuelle Faktoren	Keine Ergebnisse	
Keine Teilnahme am Check up 35	Soziale Lage	• Jüngere Frauen und Frauen mittlerer Alters-gruppen mit höheren Bildungsabschlüssen	• Nicht oder nicht mehr ver-heiratete Männer mittlerer und höherer Altersgruppen
	Individuelle Faktoren	Keine Ergebnisse	
Keine Zahnvorsorge	Soziale Lage	• Jüngere und ältere Frauen niedriger Bildungsschichten	• Ältere ledige und verwitwete Männer • Nicht erwerbstätige Männer jüngerer und mittlerer Altersgruppen
	Individuelle Faktoren	• Subjektiv eher geringe Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit • Frauen mit Adipositas	• Raucher

5.5 Fragenkomplex 3: Wer sind die Menschen mit gutem bzw. schlechtem selbst berichtetem Gesundheitszustand?

5.5.1 Indikator „Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes“

Tabelle 5.12 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Subjektive Gesundheit	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Ausgezeichnet/sehr gut	32	22	10		37	23	10	
Gut	57	56	56		50	57	60	
Weniger gut/schlecht	8	20	27		11	18	24	
K.A.	2	3	7		2	3	5	

5.5.1.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable „Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes“ Alter und Bildung („ausgezeichnet/sehr gut“), sowie Alter, Erwerbstätigkeit und Familienstand („schlecht“) als relevant identifiziert. Mit der Ausprägung der Variablen „gute subjektive Gesundheit“ stand keine der untersuchten Variablen in direkter Verbindung (vgl. Abbildung 9.65 bis Abbildung 9.67 im Anhang). Mit den identifizierten Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt (vgl. Abbildung 5.39 und Abbildung 5.40):

Die Gruppe der Frauen, die ihren eigenen Gesundheitszustand mit „gut“ bewertet, die insgesamt 56% ausmacht, lässt sich mit der hier gewählten Methode nicht weiter differenzieren.

Demgegenüber ist für die „beste“ und die „schlechteste“ Gesundheitskategorie das Alter das wichtigste Differenzierungsmerkmal mit einem jeweils ausgeprägten Gradienten: je jünger die Frauen, desto höher ihr Anteil mit ausgezeichneter bzw. sehr guter Gesundheit, je älter die Frauen, desto höher der Anteil mit weniger guter bzw. schlechter Gesundheit.

Es gibt weitere Differenzierungen: So ist der Anteil der Frauen, die ihren Gesundheitszustand mit ausgezeichnet/sehr gut bewerten, in der ältesten Altersgruppe mit höheren Bildungsabschlüssen ähnlich hoch (21%) wie in der mittleren Altersgruppe (22%).

Bezüglich der Bewertung der eigenen Gesundheit als weniger gut/schlecht haben erwerbslose Frauen der mittleren Altersgruppe mit 30% einen ähnlich hohen Anteil wie die älteste Altersgruppe (27%). Ganz besonders schlecht schätzen die geschiedenen erwerbslosen Frauen mittleren Alters ihre Gesundheit ein (Anteil 62%).

Abbildung 5.39 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

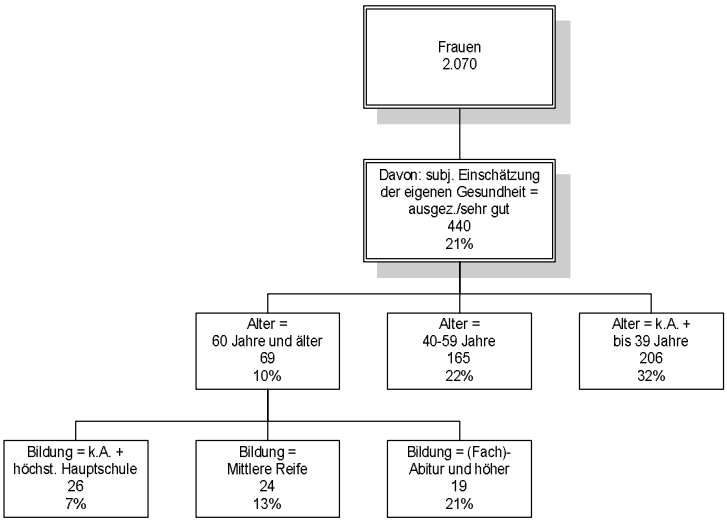
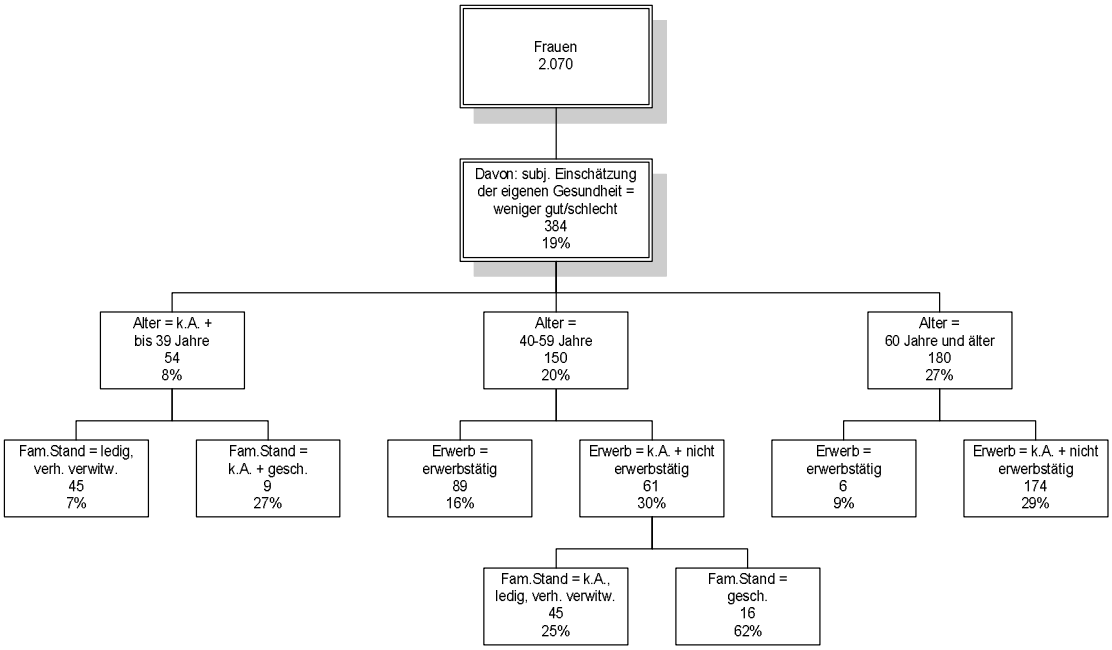


Abbildung 5.40 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

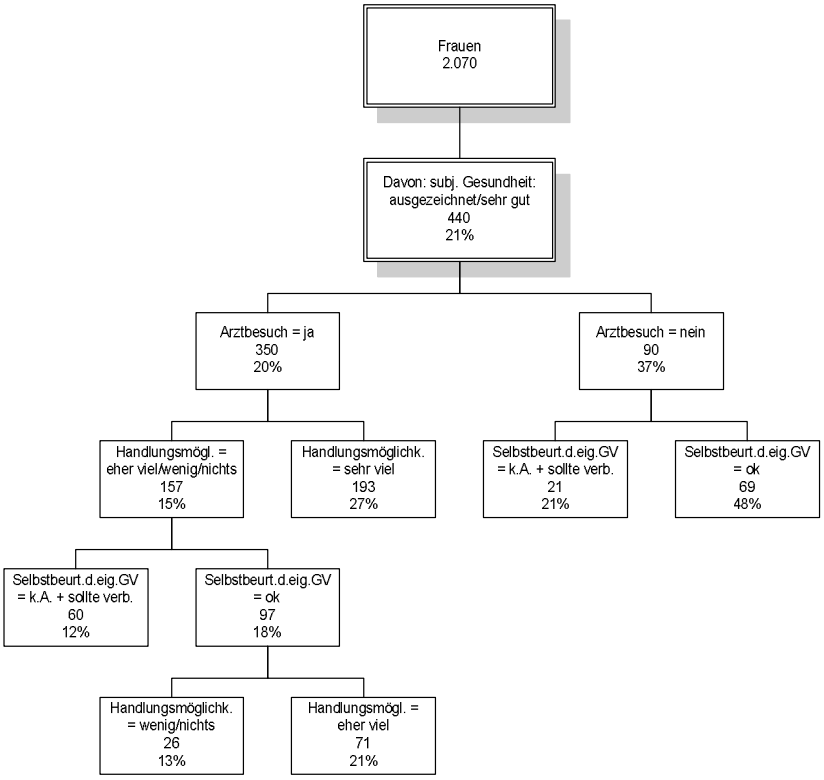


Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Ausprägungen der Zielvariablen „subjektive Gesundheit“ folgende Variablen als relevant identifiziert: Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens (verhal) und der Handlungsmöglichkeiten (handl) für alle drei Ausprägungen, Arztbesuch (arzt) in den letzten 6 Monaten für Gesundheit ausgezeichnet/sehr gut und schlecht, Früherkennungsverhalten (früh) für ausgezeichnet/sehr gut und Informationsverhalten (info) für schlechte Gesundheit (vgl. Abbildung 9.68 bis Abbildung 9.70 im Anhang).

In der Baumanalyse (vgl. Abbildung 5.41) zeigt sich für Frauen, die ihren Gesundheitszustand ausgezeichnet/sehr gut einschätzen - das ist in der Gesamtgruppe jede fünfte Frau - Folgendes: Dieser Anteil ist höher (37%) bei denen, die in den letzten 6 Monaten nicht beim Arzt waren und dabei insbesondere bei der Subgruppe, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als in Ordnung einschätzt. Frauen, die in den letzten 6 Monaten beim Arzt waren, schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand dann überdurchschnittlich gut ein, wenn sie sehr viele Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf ihre eigene Gesundheit sehen.

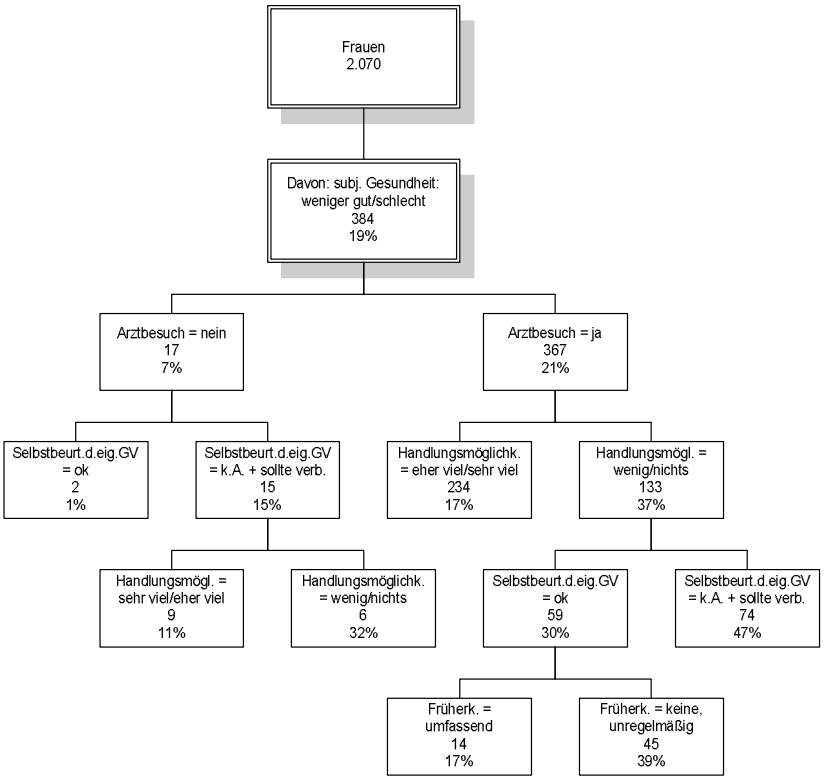
Abbildung 5.41 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



Tendenziell komplementär ist das Bild bei Frauen, die ihren eigenen Gesundheitszustand weniger gut bzw. schlecht einschätzen (vgl. Abbildung 5.42): Dieser Anteil ist bei denen höher, die in den letzten 6 Monaten beim Arzt waren (21%), und besonders dann, wenn diese zugleich wenig Handlungsmöglichkeiten sehen (37%) und ihr Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig einschätzen (47%). Ein ähnliches Zusammenspiel zeigt sich auch

bei den Frauen, die in den letzten 6 Monaten nicht beim Arzt waren: Diese schätzen ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht ein, wenn sie meinen, ihr Gesundheitsverhalten sei verbesserungswürdig (15%), und wenig Handlungsmöglichkeiten sehen (32%).

Abbildung 5.42 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.5.1.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable „Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes“ folgende Variablen als relevant identizifiert: Bildung (bildg), Erwerbsstatus (erwerb) und Haushaltszusammensetzung (haus) für schlecht und ausgezeichnet/sehr gut, für Letzteres zusätzlich noch Alter. Ein guter subjektiver Gesundheitszustand stand in direkter Verbindung zu allen untersuchten Variablen (vgl. Abbildung 9.71 bis Abbildung 9.73 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt (vgl. Abbildung 5.43 und Abbildung 5.44):

Die Gruppe der Männer, die ihren eigenen Gesundheitszustand mit „gut“ bewerten, die insgesamt – wie bei den Frauen – 56% ausmacht, unterscheidet sich ausschließlich in den Familienstandsgruppen mit niedrigeren Werten bei ledigen und geschieden Männern (vgl. Abbildung 9.72 im Anhang).

21% der Männer schätzen ihre Gesundheit als ausgezeichnet/sehr gut ein. Dafür ist das Alter das wichtigste Differenzierungsmerkmal mit einem klaren Gradienten: je höher die

Altersgruppe, desto niedriger der Anteil derjenigen mit ausgezeichnetem oder sehr gutem Gesundheitszustand.

Eine mit 19% etwa gleich große Gruppe der Männer schätzt ihren Gesundheitszustand als weniger gut/schlecht ein. Die wichtigste differenzierende Variable dafür ist Erwerbstätigkeit: Der Anteil ist bei den Erwerbslosen mit 28% mehr als doppelt so hoch wie bei den Erwerbstätigen mit 12%. Insbesondere erwerbslose allein lebende Männer schätzen ihren Gesundheitszustand schlecht ein (Anteil: 38%). Aber auch jeder Dritte nicht allein lebende Mann mit einem niedrigen Bildungsabschluss bzw. geschiedene oder verwitwete Mann mit niedriger oder mittlerer Schulbildung bewertet die eigene Gesundheit eher schlecht.

Abbildung 5.43 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

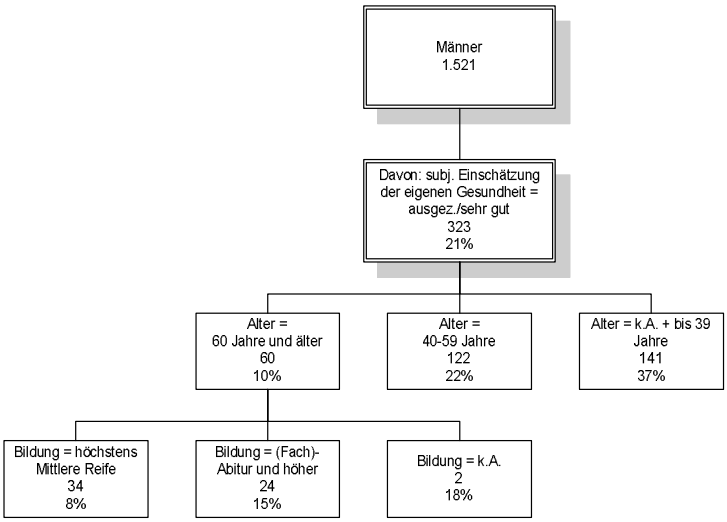
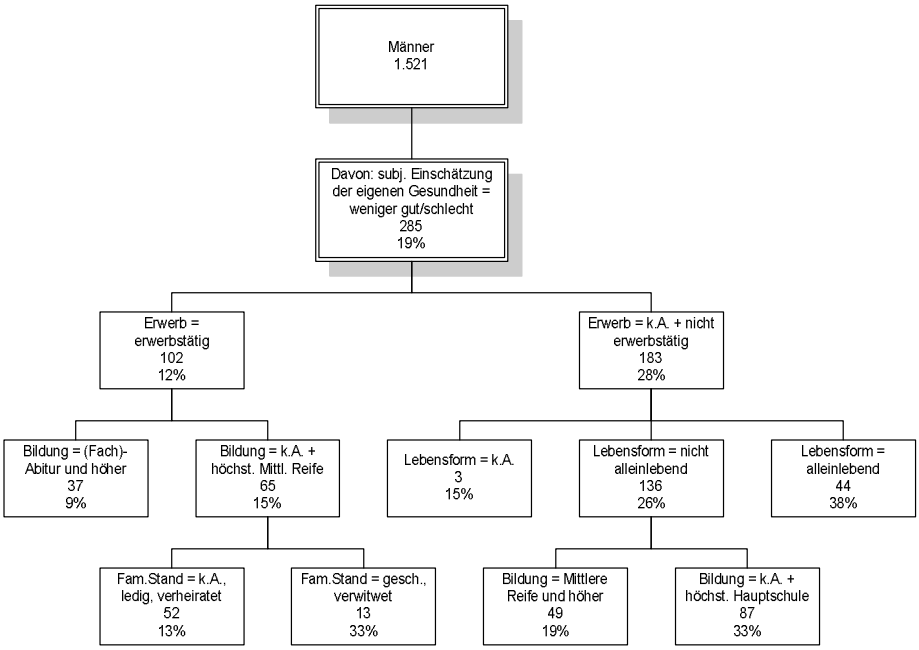


Abbildung 5.44 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut / schlecht" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

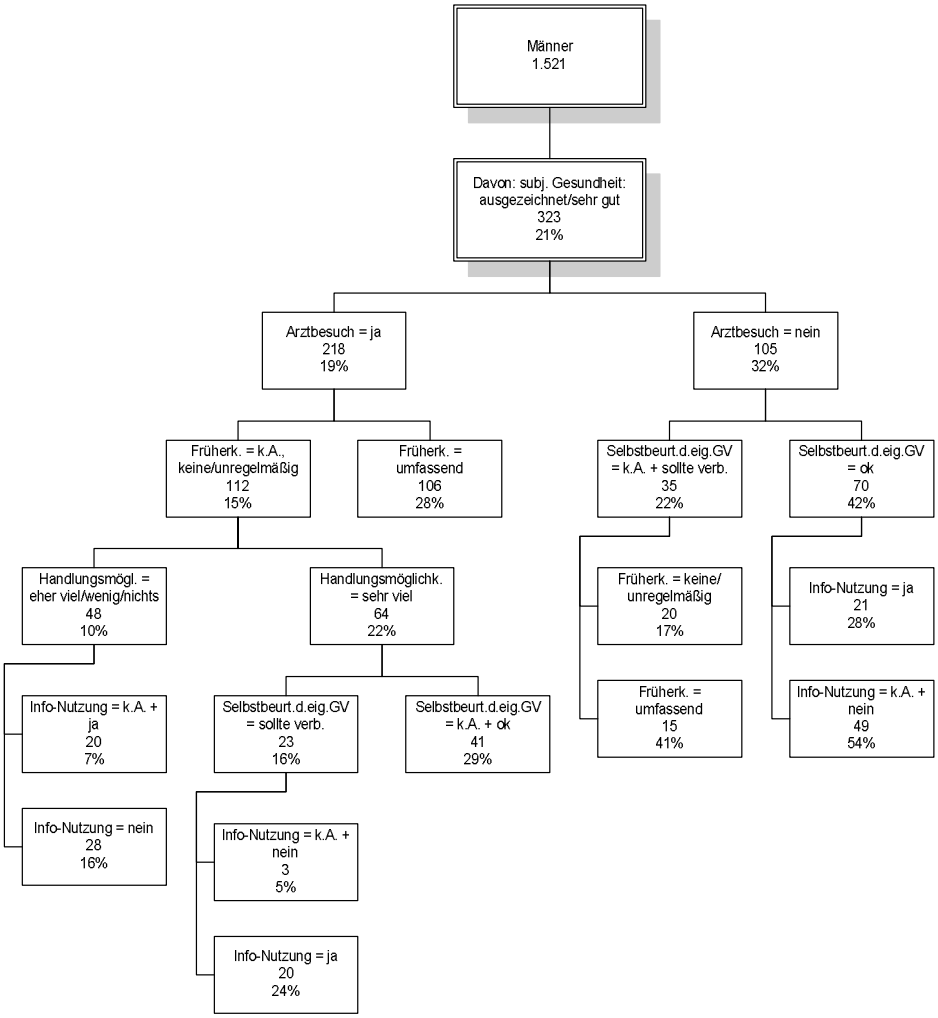


Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Ausprägungen der Zielvariablen „subjektive Gesundheit“ folgende Variablen als relevant identifiziert: Teilnahme an Früherkennung (früh) (für alle Ausprägungen), Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens (verhal) und der Handlungsmöglichkeiten (handl), Arztbesuche in den letzten 6 Monaten (arzt) und Informationsverhalten (info) für die Ausprägung ausgezeichnet/sehr gut sowie schlecht (vgl. Abbildung 9.74 bis Abbildung 9.76 im Anhang).

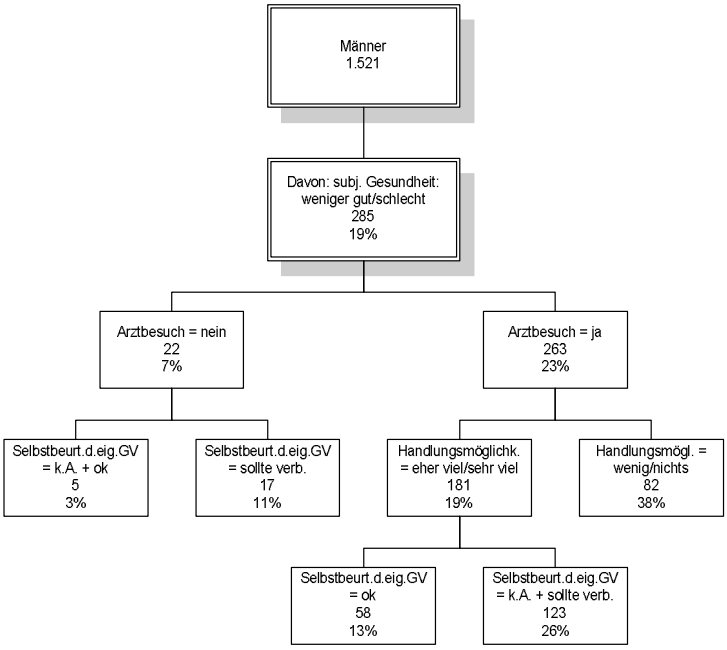
In der Baumanalyse (vgl. Abbildung 5.45) zeigt sich für Männer, die ihren Gesundheitszustand ausgezeichnet/sehr gut einschätzen - das ist in der Gesamtgruppe jeder fünfte - Folgendes: Dieser Anteil ist höher (32%) bei denen, die in den letzten 6 Monaten nicht beim Arzt waren, und dabei ins-besondere bei der Subgruppe, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als in Ordnung einschätzt. Männer, die in den letzten 6 Monaten beim Arzt waren, schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand dann überdurchschnittlich gut ein, wenn sie umfassend an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

Abbildung 5.45 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



In Bezug auf die Variable Arztbesuch ist das Bild tendenziell komplementär bei Männern, die ihren eigenen Gesundheitszustand weniger gut/schlecht einschätzen (vgl. Abbildung 5.46): Dieser Anteil ist bei denen höher, die in den letzten 6 Monaten beim Arzt waren (23%) und besonders dann, wenn diese zugleich wenig Handlungsmöglichkeiten sehen (38%).

Abbildung 5.46 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.5.1.3 Geschlechtervergleich

Auf der Makroebene hängt die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bei Frauen zunächst erwartungsgemäß vom Alter ab. Doch auch Bildung und Erwerbsstatus spielen eine Rolle. Unter den erwerbslosen geschiedenen Frauen mittleren Alters findet sich mit 62% ein extrem hoher Anteil von Frauen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht einschätzen. Auch geschiedene Frauen der jüngsten Altersgruppe haben mit 27% einen insgesamt und für die Altersgruppe sehr hohen Anteil.

Bei Männern zeigt sich für die Ausprägung „ausgezeichnet/sehr gut“ eine ähnliche Strukturierung wie bei den Frauen (je jünger desto höher der Anteil) und bei den älteren eine Differenzierung nach Bildung. Im Hinblick auf die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands als „weniger gut/schlecht“ unterscheidet sich das Bild von dem der Frauen. Es dominiert der Differenzierungsfaktor „Erwerbsstatus“. Bei den Erwerbstätigen haben die verwitweten Männer mit höchstens Mittlerer Reife mit 33% einen insgesamt und für die Gruppe hohen Anteil. Bei den nicht Erwerbstätigen fallen die Alleinlebenden mit einem Anteil von 38% und die Nichtalleinlebenden mit niedrigen Bildungsabschlüssen (33%) auf.

Im Hinblick auf individuelle Faktoren zeigt sich bei Frauen und Männern für die Gruppe, die ihren Gesundheitszustand weniger gut/schlecht einschätzen, ein insgesamt durchaus vergleichbares Bild: Neben der hauptsächlich differenzierenden Variablen Arztbesuch bestimmt

die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens und der eigenen Handlungsmöglichkeiten das Bild. Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als eher weniger gut/schlecht einschätzen, finden sich eher bei denen, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten als eher gering einschätzen.

5.5.2 „Alltägliche Einschränkung durch chronische Krankheit oder Behinderung“

Tabelle 5.13 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Alltägliche Einschränkung durch chronische Krankheit oder Behinderung“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %

	Frauen (N=2.070)				Männer (N=1.521)			
Alltägliche Einschränkung durch Krankheit oder Behinderung	18-39J (N=636)	40-59J (N=761)	60-80J (N=672)	k.A. (N=1)	18-39J (N=384)	40-59J (N=559)	60-80J (N=576)	k.A. (N=2)
Nicht/selten	75	60	39		77	62	42	
Manchmal/erheblich	23	36	51		21	33	51	
Keine Angabe	2	4	10		3	4	7	

5.5.2.1 Frauen

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable „Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und/oder Behinderung“ Alter und Erwerbstätigkeit (für „keine Einschränkung“ und „starke Einschränkung“) sowie Bildung (wenn Einschränkung unbekannt) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.77 bis Abbildung 9.79 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

Die Gruppe der Frauen, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und Behinderung berichtet, differenziert – wie erwartet - zuerst nach dem Alter und zeigt eine klare Abstufung (vgl. Abbildung 5.47): je niedriger das Alter, desto höher deren Anteil. In der mittleren und ältesten Altersgruppe zeigt sich als nächstes eine Differenzierung nach dem Erwerbsstatus: Frauen, die (noch) erwerbstätig sind, berichten häufiger keine Einschränkungen zu haben als Frauen, die nicht (mehr) erwerbstätig sind.

Das komplementäre Bild zeigt sich, wenn man die Gruppe derer betrachtet, die erhebliche Alltagseinschränkungen berichten (vgl. Abbildung 5.48). Hier sei auf die Altersgruppe 40-59Jahre hingewiesen: Nichterwerbstätige Frauen fühlen sich mit einem Anteil von 46% deutlich häufiger in ihrem Alltag eingeschränkt als Erwerbstätige mit einem Anteil von 32%.

Abbildung 5.47 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

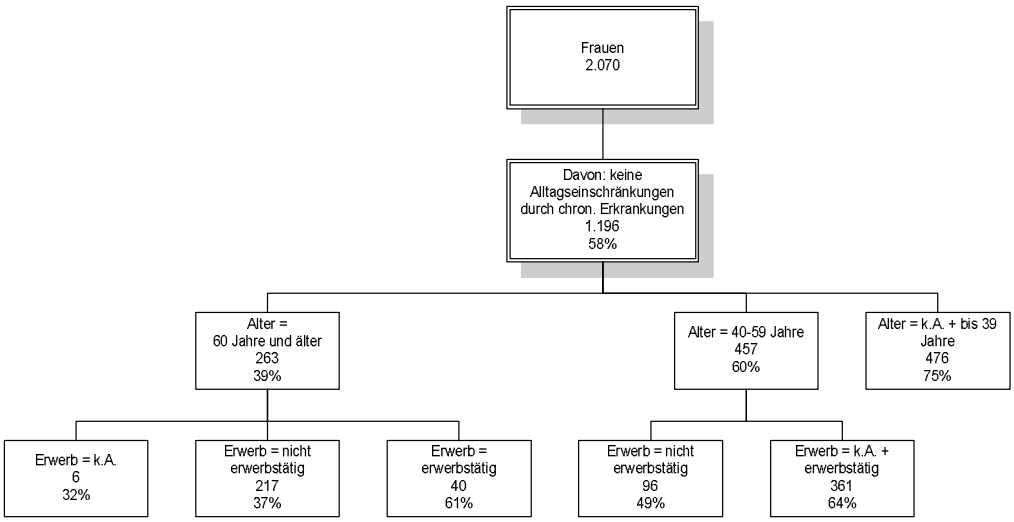
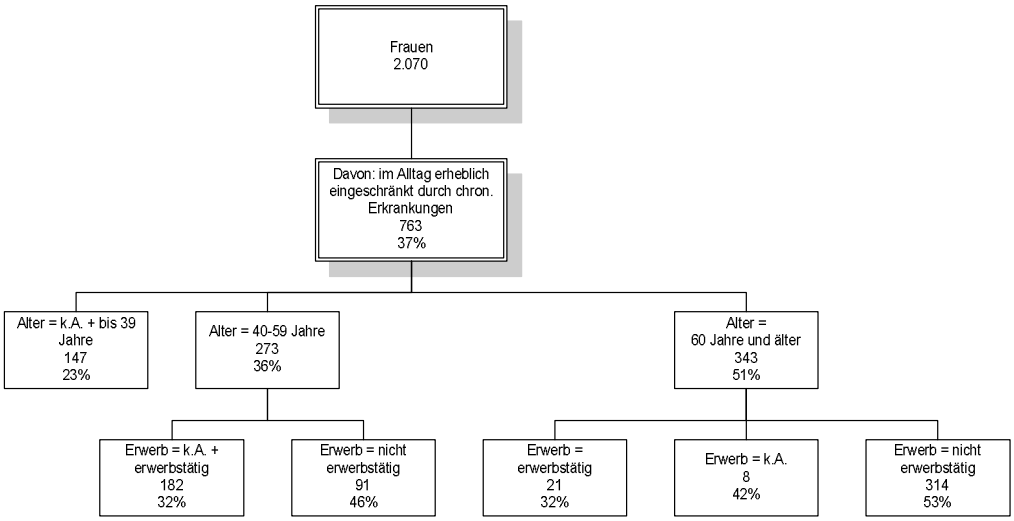


Abbildung 5.48 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable „Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und/oder Behinderung“ die Variablen Arztbesuch in den letzten 6 Monaten sowie Selbsteinschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten (handl) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.80 bis Abbildung 9.82 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

Die Gruppe der Frauen, die Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und Behinderung berichten, differenziert hier zunächst nach Arztbesuch (vgl. Abbildung 5.50): Frauen, die in den letzten 6 Monaten beim Arzt waren, berichten deutlich häufiger Alltags-

einschränkungen (41%) als Frauen, die nicht beim Arzt waren (17%). Interessanter als dieser erwartete Zusammenhang scheint die weitere Differenzierung, die sich auf die Selbsteinschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten bezieht: Die Frauen, die beim Arzt waren und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten eher skeptisch einschätzen, berichteten deutlich häufiger von Alltagseinschränkungen (Anteil: 54%) als diejenigen mit einer positiveren Einstellung im Hinblick auf ihre Selbstwirksamkeit.

Das komplementäre Bild zeigt sich, wenn man die Gruppe derer betrachtet, die keine Alltagseinschränkungen berichten (vgl. Abbildung 5.49).

Abbildung 5.49 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

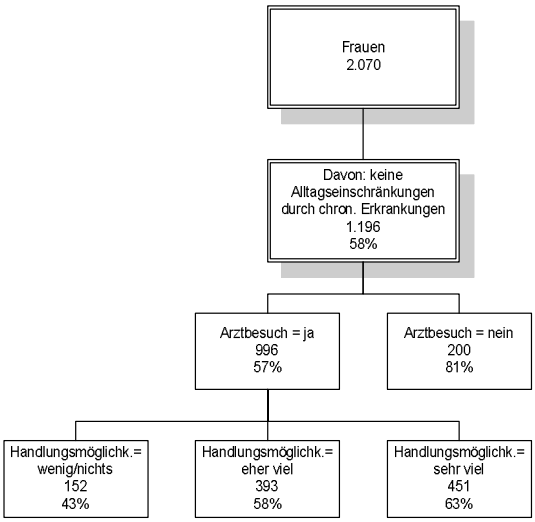
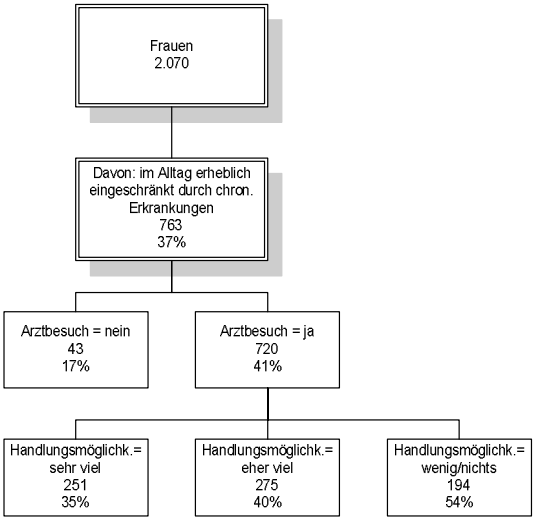


Abbildung 5.50 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.5.2.2 Männer

Soziale Lage

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable „Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und/oder Behinderung“ Alter und Erwerbstätigkeit (für „keine Einschränkung“ und „starke Einschränkung“) sowie Alter (wenn Einschränkung unbekannt) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.83 bis Abbildung 9.85 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

Die Gruppe der Männer, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und Behinderung berichten, differenziert – wie erwartet – zuerst nach dem Alter und zeigt eine klare Abstufung (vgl. Abbildung 5.51): Je niedriger das Alter desto höher deren Anteil. In der mittleren und ältesten Altersgruppe zeigt sich als nächstes eine Differenzierung nach dem Erwerbsstatus: Männer, die (noch) erwerbstätig sind, berichten häufiger keine Einschränkungen als Männer, die nicht (mehr) erwerbstätig sind.

Das nahezu komplementäre Bild zeigt sich, wenn man die Gruppe derer betrachtet, die erhebliche Alltagseinschränkungen berichten (vgl. Abbildung 5.52). Hier wird allerdings nur in der ältesten Altersgruppe eine weitere Differenzierung nach Erwerbsstatus gezeigt.

Abbildung 5.51 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)

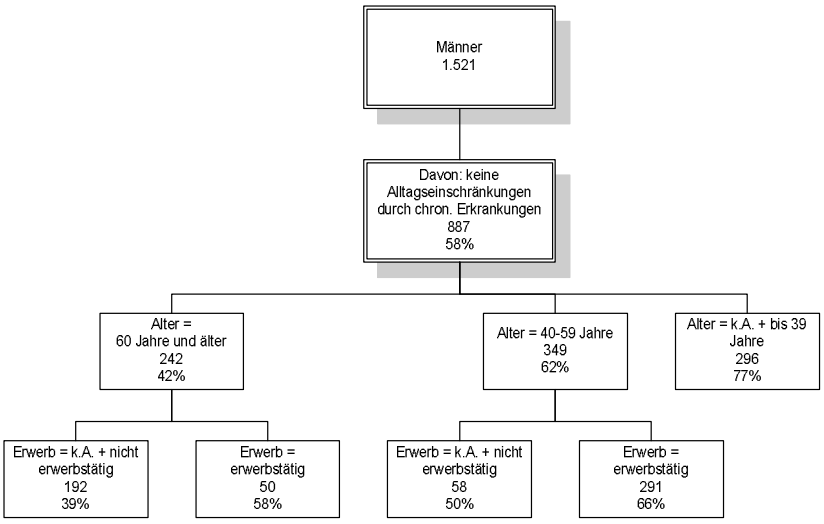
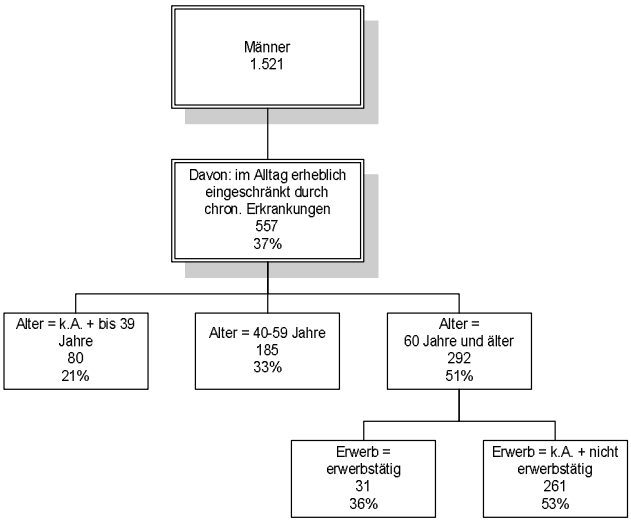


Abbildung 5.52 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)



Individuelle Faktoren

Im graphischen Modell wurden für die Zielvariable „Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und/oder Behinderung“ die Variablen Arztbesuch in den letzten 6 Monaten sowie Informationsnutzung (info) als relevant identifiziert (vgl. Abbildung 9.86 bis Abbildung 9.88 im Anhang). Mit diesen Variablen wurde eine Baumanalyse mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

Die Gruppe der Männer, die Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und Behinderung berichten, differenziert hier zunächst – wie erwartet – nach Arztbesuch (vgl. Abbildung 5.54): Männer, die in den letzten 6 Monaten beim Arzt waren, berichten deutlich häufiger Alltagseinschränkungen (44%) als Männer, die nicht beim Arzt waren (15%). Die Männer mit Arztbesuch differieren weiterhin nach ihrer Informationsnutzung.

Ein tendenziell komplementäres Bild zeigt sich, wenn man die Gruppe derer betrachtet, die keine Alltagseinschränkungen berichten (vgl. Abbildung 5.53).

Abbildung 5.53 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)

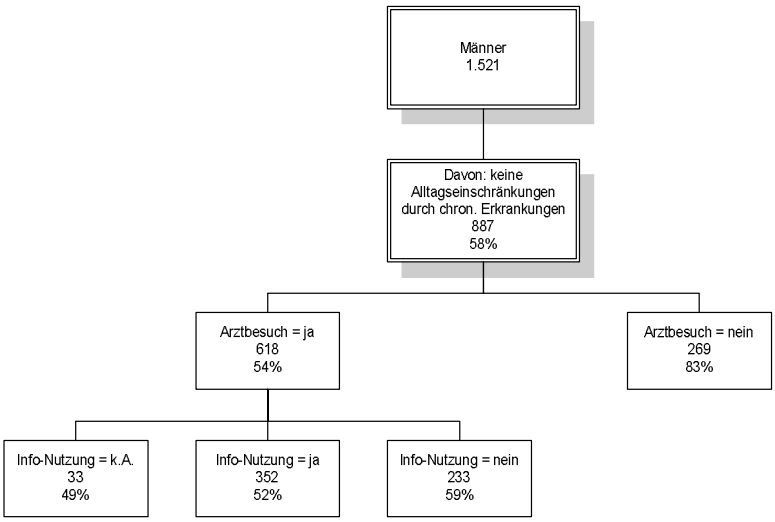
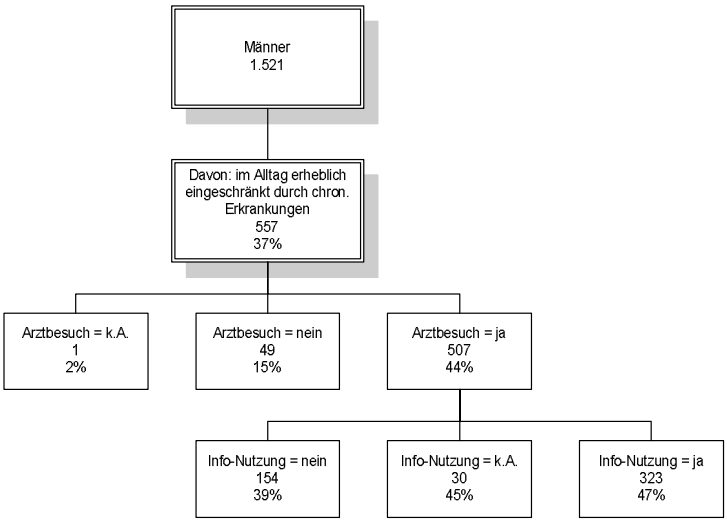


Abbildung 5.54 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)



5.5.2.3 Geschlechtervergleich

Im Hinblick auf die Faktoren Bildung und Soziale Lage zeigt sich für beide Geschlechter, dass für die Einschätzung der alltäglichen Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung zuerst das Alter und sodann der Erwerbsstatus differenzieren. Alle anderen berücksichtigten Faktoren (Familienstand, Haushaltszusammensetzung, Bildung, Region) haben einen über diese Variablen vermittelten Einfluss. Während bei den Frauen für die Altersgruppen ab 40 Jahre der Erwerbsstatus als bedeutend identifiziert wird, ist dies bei den Männern nur für die Älteren (60 Jahre und älter) der Fall.

Im Hinblick auf die individuellen Faktoren zeigt sich bei beiden Geschlechtern der erwartete enge Zusammenhang von Alltagseinschränkung und Arztbesuch in den letzten 6 Monaten. Menschen, die kränker sind, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für Arztbesuche. In der

weiteren Differenzierung unterscheiden sich Frauen und Männer: Bei Frauen spielt die Selbsteinschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten eine Rolle, bei Männern zeigen sich Differenzierungen nach der Informationsnutzung. Über die Gründe dafür kann man anhand dieser Daten jedoch nur spekulieren.

5.5.3 Zusammenfassung

Als Zwischenergebnis werden in der folgenden Tabelle die hinsichtlich der gesundheitlichen Lage identifizierten Gruppen zusammengefasst.

Tabelle 5.14 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen hinsichtlich der gesundheitlichen Lage

Zielvariablen	Analyseebene	Frauen	Männer
Gesundheitszustand „ausgezeichnet/sehr gut“	Soziale Lage	Je älter die Personen, desto seltener schätzen sie ihren eigenen Gesundheitszustand als ausgezeichnet/sehr gut ein. Aber: Ältere Frauen und Männer höherer Bildungsschichten schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand ähnlich gut ein wie Frauen/Männer mittleren Alters.	
Gesundheitszustand „weniger gut/schlecht“	Soziale Lage	• Je älter, desto häufiger wird der eigene Gesundheitszustand als weniger gut/schlecht bezeichnet. • Nicht erwerbstätige Frauen mittleren Alters haben ähnlich hohe Anteile wie Frauen der ältesten Altersgruppe. • Geschiedene nicht erwerbstätige Frauen mittleren Alters haben den höchsten Anteil.	• Erwerbstätige verwitwete Männer mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen • Alleinlebende Männer • Nicht alleinlebende Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen
	Individuelle Faktoren	Erwartungsgemäß unterscheiden sich Männer und Frauen mit sehr guter und schlechter Gesundheit dahingehend, dass sie im letzten halben Jahr seltener bzw. häufiger beim Arzt waren. Darüber hinaus finden sich Frauen und Männer, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut/schlecht“ einschätzen, eher bei denen, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten tendenziell als gering einschätzen.	
Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit und Behinderung	Soziale Lage	Für diesen Indikator ist bei beiden Geschlechtern zuerst das Alter und sodann der Erwerbsstatus differenzierend: Frauen und Männer, die (noch) erwerbstätig sind, berichten seltener Alltagseinschränkungen als Frauen und Männer, die nicht (mehr) erwerbstätig sind (und umgekehrt).	
	Individuelle Faktoren	Die Strukturierung ist ähnlich wie bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit. Neben zu erwartenden Unterschieden beim Arztbesuch spielt bei Frauen die Selbsteinschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten eine Rolle, bei Männern zeigt sich eine Differenzierung nach Informationsnutzung (die jedoch nicht weiter interpretiert werden kann).	

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden Gruppen zusammengefasst, die potentielle Zielgruppen für präventionsorientierte Gesundheitspolitik mit dem Ziel der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit sind. Diese Perspektive – Gruppen mit überdurchschnittlichem Risikoverhalten bzw. vulnerable Gruppen zu identifizieren – ist darin begründet, dass es im Rahmen von Gesundheitspolitik schwerpunktmäßig darum geht, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden oder zeitlich hinauszuzögern (Primärprävention), Krankheiten – bzw. der Prävention zugängliche Risikokonstellationen – früh zu erkennen (Sekundärprävention) und bei bereits vorhandener Krankheit eine gute Versorgung zu gewährleisten, um soweit möglich Verschlechterungen der gesundheitlichen Lage zu vermeiden (Tertiärprävention). Bei allen Präventionsmaßnahmen – seien sie nun primär, sekundär oder tertiär motiviert – spielt die Perspektive der Gesundheitsförderung, im Sinne der Verbesserung der Ressourcen von Personen, eine integrierte – bzw. eine zu integrierende – Rolle.

In der folgenden Tabelle werden zunächst potentielle Zielgruppen für Maßnahmen im Hinblick auf die Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und mangelnde Bewegung (bzw. zur Prävention von damit einhergehenden Folgeerkrankungen) zusammengefasst.

Tabelle 6.1 Identifizierte Gruppen mit potentiellem Präventionsbedarf hinsichtlich der untersuchten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, wenig Bewegung

Identifizierte Gruppen	Risikofaktoren
Frauen	
• Jüngere Frauen, dabei insbesondere nicht (mehr) verheiratete mit niedrigen Bildungsabschlüssen	Raucherinnen
• Jüngere Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Nichtledige Frauen mittleren Alters und mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Verheiratete und geschiedene ältere Frauen	Übergewicht
• Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Nichtledige Frauen	Adipositas
• Ledige Frauen über 40 Jahren mit niedrigen bis mittleren Schulabschlüssen • Geschiedene Frauen • Verheiratete jüngere Frauen	Wenig Bewegung
• Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Nicht erwerbstätige Frauen in der mittleren Bildungsschicht	Risikoindex: 2 Risikofaktoren (RF)
• Geschiedene Frauen	Risikoindex: Schlechtes Risikoprofil (3RF)

Tabelle wird fortgesetzt.

Tabelle 6.1 Fortsetzung
Identifizierte Gruppen mit potentiellem Präventionsbedarf hinsichtlich der untersuchten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, wenig Bewegung

Identifizierte Gruppen	Risikofaktoren
Männer	
• Männer jüngerer bis mittlerer Altersgruppen, insbesondere nicht erwerbstätige mit niedrigen und mittleren Bildungsabschlüssen	Raucher
• Nichtledige Männer	Übergewicht
• Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Nichtledige Männer	Adipositas
• Alleinlebende Männer	Wenig Bewegung
• Männer mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen	Risikoindex: 2 Risikofaktoren (RF)
• Ältere verwitwete Männer • Junge Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen • Männer der mittleren Altersgruppe (40-59 Jahre)	Risikoindex: Schlechtes Risikoprofil (3RF)

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern konnte gezeigt werden, dass Personengruppen mit niedrigen – zum Teil auch mit mittleren – Bildungsabschlüssen deutlich häufiger ein gesundheitliches Risikoverhalten aufweisen als Frauen und Männer mit höheren Bildungsabschlüssen. Darüber hinaus zeigten sich spezielle Personengruppen, die zum Teil als besonders vulnerabel gelten können und die bislang eher selten als spezielle Zielgruppen von Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben wurden: Ältere verwitwete Männer, alleinlebende Männer, geschiedene Frauen sowie nicht erwerbstätige Frauen und Männer.

Die Analyse der individuellen Faktoren zeigte zudem tendenziell, dass Personen mit Risikoverhalten dieses durchaus bewusst ist: Männer und Frauen, die rauchen und/oder übergewichtig sind und/oder sich nicht bewegen, sind häufiger unter den Gruppen zu finden, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig einschätzen und häufig zugleich ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit als eher gering einschätzen. Dieses Ergebnis stützt die These von der Notwendigkeit der Stärkung des gesundheitsbezogenen Selbstbewusstseins (Empowerment) als Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention.

Der zweite untersuchte Fragenkomplex betraf die Teilnahme an Früherkennungsangeboten, auf die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch besteht, als Teil von Sekundärprävention. In Tabelle 6.2 werden zunächst potentielle Zielgruppen für Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zusammengefasst.

Tabelle 6.2 Identifizierte Gruppen in Bezug auf Nicht-Teilnahme an im Rahmen der GKV angebotenen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

Identifizierte Gruppen	Früherkennungstyp
Frauen	
• Jüngere Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen	Krebsfrüherkennung
• Jüngere Frauen • Frauen mittlerer Altersgruppen mit höheren Bildungsabschlüssen	Check up 35
• Jüngere und ältere Frauen niedriger Bildungsschichten	Zahnvorsorge
Männer	
• Alleinlebende Männer • Nicht alleinlebende Männer mittleren Alters	Krebsfrüherkennung
• Nicht oder nicht mehr verheiratete Männer mittlerer und höherer Altersgruppen	Check up 35
• Ältere ledige und verwitwete Männer • Nicht erwerbstätige Männer jüngerer und mittlerer Altersgruppen	Zahnvorsorge

Die Ergebnisse zeigen deutlich Unterschiede bei Frauen und Männern im Hinblick auf Gruppen, die überdurchschnittlich selten an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen. Bei Frauen wurden vor allem diejenigen mit eher niedrigen Bildungsabschlüssen herausgestellt. Bei Männern steht demgegenüber nicht der Bildungsabschluss im Vordergrund, sondern bei allen drei Früherkennungstypen fallen alleinlebende bzw. nicht oder nicht mehr verheiratete (verwitwete und geschiedene) Männer auf. Im Hinblick auf Zahnvorsorge fielen außerdem die erwerbslosen Männer jüngeren und mittleren Alters auf.

In Bezug auf individuelle Faktoren zeigt sich im Hinblick auf die Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen bei Männern, dass Raucher häufiger nicht teilnehmen als Nicht- bzw. Exraucher. Bei Frauen zeigte sich ein Zusammenhang damit, dass die individuellen Handlungschancen als eher gering eingeschätzt wurden.

Während Zahnvorsorge unumstritten als nützlich und notwendig im Hinblick auf den Erhalt der Zahngesundheit gilt und somit aus den hier präsentierten Ergebnissen unmittelbar ein Bedarf an zielgruppenspezifischen Maßnahmen abgeleitet werden kann, ist dies beim Check up 35 und bei der Krebsfrüherkennung nicht so ohne weiteres möglich. Anhand der vorhandenen Daten ist eine für Krebsfrüherkennung notwendige differenzierte Betrachtung nicht möglich, so dass nur die jüngeren Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen als mögliche Zielgruppe von Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnahmerate an Früherkennung in Bezug auf Gebärmutterhalskrebs (PAP-Abstrich) genannt werden können. Für weitergehende Aussagen wären differenzierte Studien erforderlich, die sowohl die Evidenzbasierung der

Angebote als auch die differenzierten Motivlagen im Hinblick auf (Nicht-)Teilnahme berücksichtigen.

Im dritten Komplex sollten Fragen nach der Gruppenstruktur im Hinblick auf den Gesundheitszustand untersucht werden. Auch in der folgenden Tabelle wird wiederum auf die vulnerablen Gruppen fokussiert, d.h. auf diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut oder schlecht“ einschätzen und/oder im Alltag durch chronische Krankheit und/oder Behinderung/en eingeschränkt sind.

Tabelle 6.3 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen hinsichtlich der gesundheitlichen Lage

Identifizierte Gruppen	Subjektive Gesundheit
Frauen	
• Je älter, desto häufiger wird der eigene Gesundheitszustand als weniger gut/schlecht bezeichnet. • Nicht erwerbstätige Frauen mittleren Alters haben ähnlich hohe Anteile wie Frauen der ältesten Altersgruppe. • Geschiedene nicht erwerbstätige Frauen mittleren Alters haben den höchsten Anteil.	Gesundheitszustand „weniger gut/schlecht“
Für diesen Indikator ist bei beiden Geschlechtern zuerst das Alter und sodann der Erwerbsstatus differenzierend: Frauen und Männer, die (noch) erwerbstätig sind, berichten seltener Alltagseinschränkungen als Frauen und Männer, die nicht (mehr) erwerbstätig sind (und umgekehrt).	Alltageinschränkungen durch chronische Krankheit und/oder Behinderung
Männer	
• Erwerbstätige verwitwete Männer mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen • Alleinlebende Männer • Nicht alleinlebende Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen	Gesundheitszustand „weniger gut/schlecht“
Für diesen Indikator ist bei beiden Geschlechtern zuerst das Alter und dann der Erwerbsstatus differenzierend: Frauen und Männer, die (noch) erwerbstätig sind, berichten seltener Alltagseinschränkungen als Frauen und Männer, die nicht (mehr) erwerbstätig sind (und umgekehrt).	Alltageinschränkungen durch chronische Krankheit und/oder Behinderung

Im Hinblick auf individuelle Faktoren unterscheiden sich Frauen und Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen zunächst über die Variable „Arztbesuch im letzten Jahr“. Für gesundheitspolitische Aktivitäten interessant ist jedoch vor allem der Befund, dass Frauen und Männer, die ihre eigene Gesundheit als eher „weniger gut/schlecht“ einschätzen, eher in den Gruppen zu finden sind, die ihr eigenes Gesundheitsverhalten als verbesserungswürdig und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten als eher gering einschätzen. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die Förderung von informierten Patientinnen und Patienten als Ziel von Gesundheitspolitik berücksichtigt werden sollte. Zudem sollte verstärkt auch in der ärztlichen Praxis das gesundheitsbezogene Selbstbewusstsein und die Handlungsmacht von Patientinnen und Patienten gefördert werden.

Aus epidemiologisch-methodischer Sicht basieren die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse auf einer explorativen Studie. Im streng wissenschaftlichen Sinne kann dieser Schritt als Hypothesengenerierung angesehen werden.

Zudem muss – wiederum aus methodischer Sicht – auf Schwächen dieser Untersuchung hingewiesen werden. Obgleich die Beteiligung von landesweit 40% der zufällig ausgewählten und angeschriebenen Personen an dieser Befragung als sehr gut bezeichnet werden kann, sind damit doch einige Fragezeichen bezüglich der Repräsentativität verbunden. Wie bei allen postalischen Bevölkerungsbefragungen in Deutschland besteht auch bei dieser das Problem, dass mit einem hohen Anteil (insgesamt 42%) der zufällig ausgewählten und angeschriebenen Personen keinerlei Kontakt zustande gekommen ist. Dieser Anteil reicht von gut 30% bei älteren Frauen und Männern bis hin zu fast 60% bei jungen Frauen und mehr als 70% bei jungen Männern. Er ist auch bei Frauen und Männern in den Stadtbezirken sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 9.1 im Anhang). Über die Struktur dieser Gruppe wissen wir praktisch nichts und können auch aus anderen Studien kaum Annahmen ableiten: Sind diejenigen, mit denen kein Kontakt zustande kam, die eher gesünderen mobilen oder die eher ungesünderen Personen? Es ist davon auszugehen, dass es sich um ein Konglomerat von sehr unterschiedlichen Gründen handelt, die dazu beigetragen haben, dass Personen nicht kontaktiert werden konnten, worüber hier nur spekuliert werden kann.

Als weitere methodische Begrenzung ist anzuführen, dass mit einer Querschnittsstudie keine Aussagen über Ursache-Wirkungszusammenhänge möglich sind. Auf Grundlage dieser Ergebnisse kann jedoch gesagt werden, dass z.B. geschiedene Frauen oder alleinlebende Männer häufiger von gesundheitlichem Risikoverhalten und von gesundheitlichen Einschränkungen berichten als nicht geschiedene Frauen oder nicht alleinlebende Männer. Demgegenüber kann nicht gesagt werden, dass bei Frauen eine Scheidung und bei Männern das Alleinleben Ursache dieser gesundheitlichen Befunde ist.

Trotz aller methodischen Einschränkungen sind die Ergebnisse (auch ohne streng wissenschaftliche weitere Überprüfung) eine wichtige empirische Grundlage für regionale gesundheitspolitische Aktivitäten. Die hier berichteten Ergebnisse stehen in gutem Einklang sowohl mit belastungs- als auch mit ressourcenorientierten empirischen Befunden und theoretischen Vorstellungen über mögliche Einflussfaktoren und Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, die in der nationalen und internationalen Literatur, insbesondere im Hinblick auf den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sowie zur Bedeutung der Kumulation von Risiken für die Gesundheit, publiziert sind.

An dieser Stelle sei betont, dass auch die Zielgruppen, die in der Literatur in Bezug auf die Bekämpfung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit betont werden und die nicht explizit in dieser Analyse genannt werden, für Bremen relevant sind: z.B. einkommensschwache Personengruppen insgesamt oder alleinerziehende sowie kinderreiche Familien, ethnische Minderheiten, Obdachlose, Migrantinnen und Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus (SVR 2005). Diese Gruppen konnten überwiegend mangels Daten im Rahmen dieser Auswertung nicht explizit betrachtet werden. Es gibt jedoch keinen Grund, davon auszugehen, dass auch in Bremen die genannten Gruppen nicht zu denen mit besonderen gesundheitlichen Belastungen gehören.

Aus statistisch-epidemiologischer Sicht spielt bei den hier vorgelegten Ergebnissen die Wohnregion eine über andere Variablen – insbesondere Bildung – vermittelte Rolle für die Identifizierung von Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung. Die verschiedenen identifizierten Zielgruppen haben in einigen Regionen des Landes Bremen größere und in

anderen Regionen geringere Anteile in der Bevölkerung. Hinweise darauf zeigen sich in den Daten, die auf Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den Stadtbezirken Bremens (Mitte[7], Süd, Ost, West, Nord) sowie Bremerhaven hin untersucht wurden.

Demnach bildet sich auch in diesem Datensatz eine nach Stadtbezirken differenzierte Struktur ab, zum Beispiel in Bezug auf die Variable Bildung: Der Anteil der Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen (höchstens Hauptschule) ist überdurchschnittlich hoch in Bremen-West (Männer 42%, Frauen 36%), Bremerhaven (Männer 40%, Frauen 40%) und Bremen-Nord (Männer 42%, Frauen 36%) und besonders niedrig in Bremen-Ost (Männer 19%, Frauen 29%). Allerdings sind die in den Baumanalysen identifizierten Sub-Gruppen aufgrund sehr klein werdender Fallzahlen nicht mehr nach Stadtbezirken differenziert darzustellen.

Für Interventionen zum Abbau von Belastungen und zur Unterstützung von Ressourcen der identifizierten Zielgruppen kommen eine Reihe von Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung in Betracht, wobei insbesondere an settingorientierte Ansätze zu denken ist: in Betrieben, Gemeinden Arztpraxen, bei der Wiedereingliederung von Erwerbslosen etc. Die Ergebnisse unterstützen die Auffassung, dass eine Kombination von belastungsvermindernden Ansätzen (weniger Rauchen, mehr Bewegung, Abbau von Übergewicht und Adipositas) kombiniert werden sollte mit ressourcenstärkenden Ansätzen, die auf die Entwicklung und Stärkung von Handlungsmacht in Bezug auf Gesundheit abzielen.

Die Möglichkeiten und Erfolg versprechenden Ansätze sollten im Einzelnen gemeinsam mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren ausgelotet, in Programme umgesetzt und evaluiert werden. Hier sind insbesondere zu nennen: Krankenkassen, regionale Netzwerke, die Ärzteschaft, Volkshochschulen, Gewerkschaften, Selbsthilfegruppen, Bürgerinnen und Bürger, Wissenschaft etc.

Entsprechend der aktuellen Diskussion um Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung sollten dabei einige Aspekte berücksichtigt werden:

- Die Maßnahmen sollen partizipativ entwickelt und umgesetzt werden, wobei nicht nur Anbieter, sondern auch Zielgruppen beteiligt werden müssen.
- Die Maßnahmen sollen evidenzbasiert sein bzw. einen Beitrag zur Evidenzbasierung von Prävention und Gesundheitsförderung leisten können.

Im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung sind häufig die im Rahmen der evidenzbasierten Medizin entwickelten Hierarchien für wissenschaftliche Evidenz nicht anwendbar. Stattdessen wurden zwei wissenschaftliche Evidenzklassen vorgeschlagen (Smedley & Syme 2001): nachgewiesen wirksam („proven“) und viel versprechend („promising“). Voraussetzung für die Einstufung einer Intervention als viel versprechend sind die Existenz eines theoretischen Modells und der empirische Nachweis der Wirksamkeit in definierten Zielgruppen.

Beim derzeitigen Stand würde die Entwicklung sinnvoller und nützlicher Maßnahmen behindert werden, wenn nur solche Interventionen ermöglicht und finanziert würden, die bereits im Vorhinein auf wissenschaftlicher Evidenz im strengen Sinne beruhen. Deshalb ist zu fordern, dass Maßnahmen einen eigenen Beitrag zu Evidenzbasierung leisten sollen. Das bedeutet im Einzelnen (vgl. BZgA 2005):

[7] Da die Beteiligung an der Befragung im Stadtteil Mitte – insbesondere bei den Männern – sehr gering war, wurden diese Daten dabei nicht berücksichtigt.

- Bei der Entwicklung von Maßnahmen ist es erforderlich, sich mit der vorhandenen Literatur/Evidenz auseinanderzusetzen und die eigenen Ansätze darin zu verorten.
- Die Erfahrungen, Motivationslagen und Zielvorstellungen der Akteure und Akteurinnen, darin eingeschlossen sind auch die Zielgruppen, müssen in partizipativen Prozessen einbezogen werden, da ansonsten die Umsetzung nicht gewährleistet ist.
- Die Entwicklung und Umsetzung von Interventionen sollte theoriegeleitet erfolgen. Das heißt, es sollten dezidierte Vorstellungen darüber existieren, wie Verhalten und Verhältnisse in dem beabsichtigten Sinne verändert werden können (vgl. dazu auch Nutbeam & Harris 2001).
- Es sollte eine eigene interne Qualitätssicherung und möglichst auch eine externe Evaluation vorgesehen werden. Die WHO empfiehlt, 10% der Interventionskosten für Qualitätssicherung und Evaluation explizit einzuplanen (Walter et al. 2001).
- Abschließend – auch dies hat die hier präsentierte geschlechtersensible und -vergleichende Ergebnisaufbereitung gezeigt – ist in allen Phasen der Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluierung von Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen, dass die verschiedenen Problemsichten der Geschlechter, der Kulturen und Altersgruppen, der Menschen mit Behinderungen, etc. einzubeziehen sind, sowohl qualitativ als auch quantitativ, in dem die jeweiligen Gruppen angemessen in die Prozesse einbezogen werden (vgl. zur Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht: Jahn 2004).

7 Literatur

Arbeitnehmerkammer Bremen (2004) Armut in Bremen (mit dem Schwerpunkt Armut und Gesundheit) (http://www.arbeitnehmerkammer.de/download/berichte/armutsbericht/armutsbericht2004.pdf)

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006) Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 i. d. F. vom 10. Februar 2006 (http://www.forumpraevention.de/forum-praevention_1234/images/Downloads/Leitfaden2006.pdf)

Babitsch B (2005) Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Verlag Hans Huber: Bern

Backhaus K et al. (2000) Multiariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 89., überarb. und erw. Aufl. Berlin u.a.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz-Beispiele-weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung konkret, Band 5, BZgA: Köln

Edwards D (2000) Introduction to Graphical Modelling. 2nd Ed., Springer-Verlag: New York

Elkeles T, Mielck A (1997a) Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheitswesen 59:137-143

Elkeles T, Mielck A (1997b) Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. Jahrbuch für kritische Meidzin. Band 26. Argument-Verlag:Hamburg:23-44

Ezzati M (2004) How can cross-country research on health risks strengthen interventions? Lessions from INTEREART. Lancet 364:912-914

Jahn, I (2004) Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht: Hrsg. Ministerium für Gesundheit, soziales, Frauen und Familie des Landes Nordhrein-Westfalen (http://www.bips.uni-bremen.de/data/jahn_gm_2004.pdf)

Kass GV (1980) An exploratory technique for investigating large quantities of categorial data. Applied Statistics 29: 119-127

Langeheine R (1984) Explorative Techniken zur Identifikation von Strukturen. Zeitschrift für Sozialpsychologie 15: 254-268

Magidson J (1982) Some common pitfalls in causal analysis of categorial data. Journal of Marketing Research 19: 461-471

Nutbeam D, Harris E (2001) Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften. Hg. Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad: Gamburg

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (1998) Landesgesundheitsbericht Bremen. (http://217.110.205.153/private/aktuell/rubrik_set552.htm?artikel600.htm)

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2005) Gesundheitszustand Gesundheitsverhalten. Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern des Landes Bremen. Bremen. (http://217.110.205.153/private/aktuell/images/umfragegesundheitszustand_2005-07-27.pdf)

Smedley BD and Syme SL (2001): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Introduction, in: Smedley, B.D. and Syme, S.L. (Eds.): Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Institute of Medicine, Washington, D.C.

SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Langfassung2.pdf)

Tempel, G (2005) Soziale Polarisierung und die epidemiologischen Folgen. Journal of Public Health. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 1. Nationaler Präventionskongress 1.-2. Dezember 2005, Dresden, Abstracts. 13:S27f.

Walter U, Dierks ML, Windel I, Schwarz FW (2001) Empfehlungen für die Zukunft – Zusammenfassender Leitfaden für die Umsetzung eines Qualiätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen: Eine aktuelle Bestandsaufnahme. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15. BZgA: Köln

Wermuth N, Lauritzen SL (1983) Graphical and recursive models for contingency tables. Biometrika 70: 537-552

WHO (2002) The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf)

Wilson DH, Chittleborough CR, Kirke K, Grant JF, Ruffin RE (2004) The health-related quality of life of male and female heavy smokers. SozPräventivmed. 49:406-412

8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1 Ebenen und Bezüge der Prävention....14
Tabelle 4.1 Erhebungszeitraum der Umfrage Gesundheit im Land Bremen....15
Tabelle 4.2 Beteiligung und Ausschöpfung an der Befragung GESUNDHEIT! – nach Geschlecht....17
Tabelle 4.3 Untersuchungsmodell und im Rahmen der vorliegenden Auswertung mögliche Konkretisierungen....18
Tabelle 5.1 Häufigkeitstabelle für die in der Analyse verwendeten Variablen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....20
Tabelle 5.2 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable Rauchen nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....29
Tabelle 5.3 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable Gewicht nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....34
Tabelle 5.4 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable Bewegung nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....39
Tabelle 5.5 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Kumulation von Risikofaktoren“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....44
Tabelle 5.6 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Kumulation von Risikofaktoren/ Risikoindex“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....45
Tabelle 5.7 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen mit Präventionsbedarf hinsichtlich der untersuchten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, wenig Bewegung....53
Tabelle 5.8 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Beteiligung an Krebsfrüherkennung“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in % (N = Anspruchsberechtigte)....54
Tabelle 5.9 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Beteiligung am Check up 35 nach Geschlecht und Alter – Anteile in % (N = Anspruchsberechtigte)....58
Tabelle 5.10 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Beteiligung an Zahnvorsorge“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....61
Tabelle 5.11 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen hinsichtlich der (Nicht-)Teilnahme an Krankheitsfrüherkennung....64
Tabelle 5.12 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....65
Tabelle 5.13 Häufigkeitstabelle für die Zielvariable „Alltägliche Einschränkung durch chronische Krankheit oder Behinderung“ nach Geschlecht und Alter – Anteile in %....72
Tabelle 5.14 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen hinsichtlich der gesundheitlichen Lage....78
Tabelle 6.1 Identifizierte Gruppen mit potentiellem Präventionsbedarf hinsichtlich der untersuchten Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, wenig Bewegung....79
Tabelle 6.2 Identifizierte Gruppen in Bezug auf Nicht-Teilnahme an im Rahmen der GKV angebotenen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen....81
Tabelle 6.3 Zusammenfassung der identifizierten Gruppen hinsichtlich der gesundheitlichen Lage....82
Tabelle 9.1 Vergleich verschiedener Teilstichproben nach Geschlecht, Alter, Region (nach Angaben der Einwohnermeldeämter)....100
Tabelle 9.2 Operationalisierung der Variablen....118

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1 Integratives Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (Elkeles & Mielck 1997a/b) 11
Abbildung 3.2 Allgemeines Modell zum Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit – unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive (Babitsch 2005) 12
Abbildung 5.1 Beispiel: Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Nieraucherinnen (Soziale Lage/Makroebene) 26
Abbildung 5.2 Beispiel: Ergebnisse der Baumanalyse für Nieraucherinnen mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 27
Abbildung 5.3 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucherinnen mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 30
Abbildung 5.4 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucherinnen mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 31
Abbildung 5.5 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 32
Abbildung 5.6 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Mikroebene 1) 33
Abbildung 5.7 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Übergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 35
Abbildung 5.8 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Adipositas mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 35
Abbildung 5.9 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Übergewicht mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 36
Abbildung 5.10 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Adipositas mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 36
Abbildung 5.11 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Übergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 37
Abbildung 5.12 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Adipositas mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 38
Abbildung 5.13 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die "nicht oder wenig aktiv" sind, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 40
Abbildung 5.14 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die "sehr aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 41
Abbildung 5.15 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die "mäßig aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 41
Abbildung 5.16 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "nicht oder wenig aktiv" sind, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 42
Abbildung 5.17 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "nicht oder wenig aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 42
Abbildung 5.18 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "mäßig aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 43
Abbildung 5.19 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die "sehr aktiv" sind, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 43
Abbildung 5.20 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit höchstens einem Risikofaktor mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 46
Abbildung 5.21 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit zwei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 46

Abbildung 5.22 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit drei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 47
Abbildung 5.23 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit höchstens einem Risikofaktor mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 48
Abbildung 5.24 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit zwei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 48
Abbildung 5.25 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit drei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 49
Abbildung 5.26 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit einem Risikofaktor mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 49
Abbildung 5.27 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit zwei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 50
Abbildung 5.28 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit drei Risikofaktoren mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 50
Abbildung 5.29 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit einem Risikofaktor mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 51
Abbildung 5.30 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit zwei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 52
Abbildung 5.31 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit drei Risikofaktoren mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 52
Abbildung 5.32 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 55
Abbildung 5.33 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 56
Abbildung 5.34 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 57
Abbildung 5.35 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 59
Abbildung 5.36 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 60
Abbildung 5.37 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Zahnvorsorgeuntersuchungen teilnehmen, wurde mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 62
Abbildung 5.38 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Zahnvorsorgeuntersuchungen teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 63
Abbildung 5.39 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 66
Abbildung 5.40 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 66
Abbildung 5.41 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 67
Abbildung 5.42 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 68
Abbildung 5.43 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 69

Abbildung 5.44 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut / schlecht" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 69
Abbildung 5.45 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....70
Abbildung 5.46 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....71
Abbildung 5.47 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....73
Abbildung 5.48 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....73
Abbildung 5.49 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....74
Abbildung 5.50 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....74
Abbildung 5.51 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....75
Abbildung 5.52 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....76
Abbildung 5.53 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die keine Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....77
Abbildung 5.54 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die erhebliche Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung angeben, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....77
Abbildung 9.1 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Nieraucherinnen (Soziale Lage/Makroebene)....126
Abbildung 9.2 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Exraucherinnen (Soziale Lage/Makroebene)....126
Abbildung 9.3 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Raucherinnen (Soziale Lage/Makroebene)....126
Abbildung 9.4 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Nieraucherinnen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....127
Abbildung 9.5 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Exraucherinnen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....127
Abbildung 9.6 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Raucherinnen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....127
Abbildung 9.7 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Nieraucher (Soziale Lage/Makroebene)....128
Abbildung 9.8 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Exraucher (Soziale Lage/Makroebene)....128
Abbildung 9.9 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Raucher (Soziale Lage/Makroebene)....128

Abbildung 9.10 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Nieraucher (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 129
Abbildung 9.11 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Exraucher (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 129
Abbildung 9.12 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Raucher (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 129
Abbildung 9.13 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Untergewicht-Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 130
Abbildung 9.14 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Normalgewicht-Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 130
Abbildung 9.15 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Übergewicht-Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 130
Abbildung 9.16 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Adipositas-Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 130
Abbildung 9.17 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Untergewicht-Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 131
Abbildung 9.18 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Normalgewicht-Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 131
Abbildung 9.19 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Übergewicht-Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 131
Abbildung 9.20 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Adipositas-Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 131
Abbildung 9.21 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Untergewicht-Männer (Soziale Lage/Makroebene) 132
Abbildung 9.22 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Normalgewicht-Männer (Soziale Lage/Makroebene) 132
Abbildung 9.23 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Übergewicht-Männer (Soziale Lage/Makroebene) 132
Abbildung 9.24 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Adipositas-Männer (Soziale Lage/Makroebene) 132
Abbildung 9.25 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Untergewicht-Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 133
Abbildung 9.26 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Normalgewicht- Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 133
Abbildung 9.27 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Übergewicht- Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 133
Abbildung 9.28 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Adipositas- Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 133
Abbildung 9.29 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung nicht/wenig aktiv- Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 134
Abbildung 9.30 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung mäßig aktiv - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 134
Abbildung 9.31 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung sehr aktiv -Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 134
Abbildung 9.32 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung nicht/wenig aktiv- Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 135
Abbildung 9.33 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung mäßig aktiv - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 135
Abbildung 9.34 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung sehr aktiv -Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 135

Abbildung 9.35 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung nicht/wenig aktiv- Männer (Soziale Lage/Makroebene) 136
Abbildung 9.36 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung mäßig aktiv - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 136
Abbildung 9.37 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung sehr aktiv -Männer (Soziale Lage/Makroebene) 136
Abbildung 9.38 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung nicht/wenig aktiv- Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 137
Abbildung 9.39 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung mäßig aktiv - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 137
Abbildung 9.40 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Bewegung sehr aktiv -Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 137
Abbildung 9.41 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: höchstens 1 Risikofaktor - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 138
Abbildung 9.42 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 2 Risikofaktoren - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 138
Abbildung 9.43 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 3 Risikofaktoren - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 138
Abbildung 9.44 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: höchstens 1 Risikofaktor - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 139
Abbildung 9.45 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 2 Risikofaktoren - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 139
Abbildung 9.46 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 3 Risikofaktoren - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 139
Abbildung 9.47 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: höchstens 1 Risikofaktor - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 140
Abbildung 9.48 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 2 Risikofaktoren - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 140
Abbildung 9.49 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 3 Risikofaktoren - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 140
Abbildung 9.50 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: höchstens 1 Risikofaktor - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 141
Abbildung 9.51 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 2 Risikofaktoren - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 141
Abbildung 9.52 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Risikokumulation: 3 Risikofaktoren - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 141
Abbildung 9.53 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Krebsfrüherkennung - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 142
Abbildung 9.54 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Check up 35 - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 142
Abbildung 9.55 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Zahnvorsorge - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 142
Abbildung 9.56 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Krebsfrüherkennung - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 143
Abbildung 9.57 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Check up 35 - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 143
Abbildung 9.58 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Zahnvorsorge - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 143
Abbildung 9.59 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Krebsfrüherkennung - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 144

Abbildung 9.60 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Check up 35 - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 144
Abbildung 9.61 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Zahnvorsorge - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 144
Abbildung 9.62 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Krebsfrüherkennung - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 145
Abbildung 9.63 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Check up 35 - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 145
Abbildung 9.64 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Zahnvorsorge - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 145
Abbildung 9.65 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand ausgezeichnet/sehr gut - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 146
Abbildung 9.66 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand gut - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 146
Abbildung 9.67 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand weniger gut/schlecht - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 146
Abbildung 9.68 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand ausgezeichnet/sehr gut - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 147
Abbildung 9.69 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand gut - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 147
Abbildung 9.70 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand weniger gut/schlecht - (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....147
Abbildung 9.71 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand ausgezeichnet/sehr gut - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 148
Abbildung 9.72 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand gut - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 148
Abbildung 9.73 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand weniger gut/schlecht - Männer (Soziale Lage/Makroebene)....148
Abbildung 9.74 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand ausgezeichnet/sehr gut - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....149
Abbildung 9.75 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand gut - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....149
Abbildung 9.76 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Gesundheitszustand weniger gut/schlecht - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 149
Abbildung 9.77 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: keine - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 150
Abbildung 9.78 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: erheblich- Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 150
Abbildung 9.79 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: nicht bekannt - Frauen (Soziale Lage/Makroebene) 150
Abbildung 9.80 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: keine - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....151
Abbildung 9.81 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: erheblich - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....151
Abbildung 9.82 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: nicht bekannt - Frauen (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1)....151

Abbildung 9.83 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: keine - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 152
Abbildung 9.84 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: erheblich - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 152
Abbildung 9.85 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: nicht bekannt - Männer (Soziale Lage/Makroebene) 152
Abbildung 9.86 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: keine - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 153
Abbildung 9.87 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: erheblich - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 153
Abbildung 9.88 Ergebnis der Analyse im graphischen Modell für Alltagseinschränkungen durch chronische Krankheit oder Behinderung: nicht bekannt - Männer (Individuelle Faktoren/Mikroebene 1) 153
Abbildung 9.89 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucherinnen mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 154
Abbildung 9.90 Ergebnisse der Baumanalyse für Ex-Raucherinnen mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 154
Abbildung 9.91 Ergebnisse der Baumanalyse für Nie-Raucherinnen mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 154
Abbildung 9.92 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucherinnen mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 155
Abbildung 9.93 Ergebnisse der Baumanalyse für Ex-Raucherinnen mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 155
Abbildung 9.94 Ergebnisse der Baumanalyse für Nie-Raucherinnen mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 155
Abbildung 9.95 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 156
Abbildung 9.96 Ergebnisse der Baumanalyse für Ex-Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 156
Abbildung 9.97 Ergebnisse der Baumanalyse für Nie-Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 156
Abbildung 9.98 Ergebnisse der Baumanalyse für Raucher mit Variablen der sozialen Lage (Mikroebene 1) 157
Abbildung 9.99 Ergebnisse der Baumanalyse für Ex-Raucher mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 157
Abbildung 9.100 Ergebnisse der Baumanalyse für Nie-Raucher mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 157
Abbildung 9.101 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Normalgewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 158
Abbildung 9.102 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Übergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 158
Abbildung 9.103 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Untergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 159
Abbildung 9.104 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Adipositas mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 159
Abbildung 9.105 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Normalgewicht mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 160

Abbildung 9.106 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Übergewicht mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....160
Abbildung 9.107 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Untergewicht mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....160
Abbildung 9.108 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit Adipositas mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....160
Abbildung 9.109 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Normalgewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....161
Abbildung 9.110 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Übergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....161
Abbildung 9.111 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Untergewicht mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....162
Abbildung 9.112 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit Adipositas mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....162
Abbildung 9.113 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die "nicht oder wenig aktiv" sind, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....164
Abbildung 9.114 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, Bewegung "mäßig aktiv", mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....164
Abbildung 9.115 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, Bewegung "sehr aktiv", mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....164
Abbildung 9.116 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, Bewegung "nicht oder wenig aktiv", mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....165
Abbildung 9.117 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, Bewegung "mäßig aktiv", mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....165
Abbildung 9.118 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, Bewegung "sehr aktiv", mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....165
Abbildung 9.119 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, Bewegung "nicht oder wenig aktiv", mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....166
Abbildung 9.120 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, Bewegung "mäßig aktiv", mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....166
Abbildung 9.121 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, Bewegung "sehr aktiv", mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....166
Abbildung 9.122 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, Bewegung "nicht oder wenig aktiv", mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....167
Abbildung 9.123 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, Bewegung "mäßig aktiv", mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....167
Abbildung 9.124 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, Bewegung "sehr aktiv", mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....167
Abbildung 9.125 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit höchstens einem Risikofaktor, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....168
Abbildung 9.126 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit zwei Risikofaktoren, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....168
Abbildung 9.127 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit drei Risikofaktoren, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene)....169
Abbildung 9.128 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit höchstens einem Risikofaktor, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....170
Abbildung 9.129 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit zwei Risikofaktoren, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....170
Abbildung 9.130 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen mit drei Risikofaktoren, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1)....170

Abbildung 9.131 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit höchstens einem Risikofaktor, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 171
Abbildung 9.132 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit zwei Risikofaktoren, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 171
Abbildung 9.133 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit drei Risikofaktoren, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 172
Abbildung 9.134 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit höchstens einem Risikofaktor, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 173
Abbildung 9.135 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit zwei Risikofaktoren, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 173
Abbildung 9.136 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer mit drei Risikofaktoren, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 173
Abbildung 9.137 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die nicht an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 174
Abbildung 9.138 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 174
Abbildung 9.139 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die nicht an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 175
Abbildung 9.140 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 175
Abbildung 9.141 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 176
Abbildung 9.142 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 176
Abbildung 9.143 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 177
Abbildung 9.144 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Krebsfrüherkennung teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 177
Abbildung 9.145 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die nicht am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 178
Abbildung 9.146 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 178
Abbildung 9.147 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die nicht am Check up 35 teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 179
Abbildung 9.148 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die am Check up 35 teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 179
Abbildung 9.149 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 180
Abbildung 9.150 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die am Check up 35 teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 180
Abbildung 9.151 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht am Check up 35 teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 181
Abbildung 9.152 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die am Check up 35 teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 181
Abbildung 9.153 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die nicht an Zahnvorsorge teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 182
Abbildung 9.154 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Zahnvorsorge teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 182
Abbildung 9.155 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die nicht an Zahnvorsorge teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 183

Abbildung 9.156 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die an Zahnvorsorge teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 183
Abbildung 9.157 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht an Zahnvorsorge teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 184
Abbildung 9.158 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Zahnvorsorge teilnehmen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 184
Abbildung 9.159 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die nicht an Zahnvorsorge teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 185
Abbildung 9.160 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die an Zahnvorsorge teilnehmen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 185
Abbildung 9.161 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 186
Abbildung 9.162 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 186
Abbildung 9.163 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 186
Abbildung 9.164 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 187
Abbildung 9.165 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 187
Abbildung 9.166 Ergebnisse der Baumanalyse für Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 188
Abbildung 9.167 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 189
Abbildung 9.168 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheits zustand als "gut" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 189
Abbildung 9.169 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit Variablen der sozialen Lage (Makroebene) 189
Abbildung 9.170 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "ausgezeichnet/sehr gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 190
Abbildung 9.171 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "gut" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 190
Abbildung 9.172 Ergebnisse der Baumanalyse für Männer, die den eigenen Gesundheitszustand als "weniger gut/schlecht" bezeichnen, mit individuellen Faktoren (Mikroebene 1) 191

9 Anhang (siehe Extra-Datei)