

Krankheitsverhalten: Entwurf für eine empirische Untersuchung der bestimmenden Faktoren

Hans R.M. Müller, P. Hämmerli, D. Heiniger, A. Hess, C. Jeger, T. Mayer, A. Schwarz, A. Vuilliomonet

Unser Gesundheitswesen ist "patienten-geleitet", d.h. Ärzte und Pflegepersonal werden dann aktiv, wenn ein Patient mit einem Anliegen zu ihnen kommt. Die Frage stellt sich, wodurch die Entscheidung, zum Arzt zu gehen, beeinflusst wird. Für drei medizinisch und gesundheitspolitisch wichtige Beobachtungen ist eine Beantwortung der Frage von entscheidender Bedeutung:

1. Das Postulat der Früherfassung von Krankheiten wurde in den letzten Jahren immer mehr - in der medizinischen und nicht-medizinischen Öffentlichkeit - diskutiert.

Damit die Früherfassung sinnvoll wird, müsste eine Bevölkerungsgruppe bis zu mehr als 90% erfasst werden. Solch hohe Beteiligungsquoten sind aber nie zu erreichen, ohne zielgerichtete Aktivierung und ohne Einsetzen aller Mittel, die eine höhere Beteiligung versprechen. Es fragt sich deshalb, wer wodurch zu einer Beteiligung an präventivmedizinischen Programmen motiviert werden kann.

2. Das Schlagwort der "Kostenexplosion im Gesundheitswesen" wird häufig in Zusammenhang gebracht mit "Surconsommation médicale".

Damit wird der Eindruck erweckt, dass die gestiegenen Gesundheitsausgaben durch vermehrte "ungerechtfertigte" Nachfrage nach Gesundheitsgütern verursacht würden. Andererseits stellen aber auch neuere Untersuchungen fest, dass ein beachtlicher Prozentsatz der Bevölkerung bei Screening-Untersuchungen gefunden werden kann, der nach medizinischen Kriterien einer Behandlung bedürfte, aber wegen des neu entdeckten Leidens noch nie in Behandlung war (Baden-Württemberg-Studie 1972, Basler Studie: WIDMER et al. 1967). Hier müssen wir uns fragen, wer mit bedeutenden Symptomen auf medizinische Betreuung verzichtet und aus welchen Gründen.

Aus beiden Beobachtungen wird ein dritter Punkt sichtbar:

3. Es besteht eine Kluft zwischen dem System der medizinischen Versorgung und dem "Konsumenten".

Unser System der medizinischen Versorgung stellt ein hochdifferenziertes Angebot zur Verfügung, das bereits einen verhältnismässig hohen Anteil am Bruttosozialprodukt beansprucht. Trotzdem können viele präventivmedizinische und medizinische Probleme der Bevölkerung bei weitem nicht bewältigt werden. Es stellt sich dringend die Frage nach Möglichkeiten, wie präventive Einstellungen und Verhalten in der Bevölkerung gestärkt und gefördert werden können. Diese Frage kann nicht beantwortet werden, bevor einige grundsätzliche Fragen zum Krankheitsverhalten und Gesundheitsverhalten geklärt sind.

Alle drei hier genannten Beobachtungen betreffen somit das Krankheitsverhalten, d.h. "die Art und Weise, wie jemand Symptome unterschiedlich wahrnimmt, bewertet und auf sie reagiert" (MECHANIC 1967). Das Krankheitsverhalten versucht man in der Gesundheitspolitik ja auch konkret zu beeinflussen durch verschiedene Massnahmen wie Franchise, Selbstbehalt, Gesundheitserziehung etc. Um eine Klärung verschiedener Einflüsse auf das Krankheitsverhalten hat man sich aber bisher vorwiegend in angelsächsischen Ländern bemüht. Die verschiedensten Ansätze wurden dabei entwickelt. MCKINLAY (1972) gibt einen Ueberblick über die Resultate von sechs Gruppen von Forschungsansätzen über das Krankheitsverhalten:

1. Der ökonomische Ansatz: Es gibt verschiedene Hinweise, dass die Bezahlungsart das Krankheitsverhalten und die Qualität der erhaltenen medizinischen Dienste beeinflusst. Doch konnte auch gezeigt werden, dass grosse

Differenzen in der Benutzungshäufigkeit medizinischer Dienste bestehen bleiben, auch wenn finanzielle Schranken weggeräumt werden.

2. Soziodemographischer Ansatz: Männer und jüngere Leute benutzen im allgemeinen weniger medizinische Leistungen. Der sozioökonomische Status scheint einen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsverhalten auszuüben, aber Resultate verschiedener Untersuchungen widersprechen sich.

3. Der geographische Ansatz: Gewisse Autoren beschreiben einen Einfluss der geographischen Lage von medizinischen Einrichtungen auf die Benutzungshäufigkeiten. Die Resultate widersprechen sich aber.

4. Der sozial-psychologische Ansatz: Unklar scheint der Einfluss von eigenen Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit auf Benutzungshäufigkeiten. Kenntnisse über Gesundheit und Krankheit werden von verschiedenen Autoren als bedeutend für das Krankheitsverhalten nachgewiesen. Noch zuwenig bearbeitet, aber vielversprechend, scheint das Konzept der "alienation", d.h. der gefühlsmässigen Distanz zu medizinischen Einrichtungen.

5. Soziokultureller Ansatz: Von der Annahme ausgehend, dass die meisten Leute praktisch immer irgendwelche Beschwerden haben, die von medizinischem Personal als pathologisch eingestuft werden könnten, kann man auslösende Faktoren untersuchen, die zum beobachteten Krankheitsverhalten führen. Als bestimmend werden die Familie, die persönliche Umgebung und kulturelle Faktoren im allgemeinen angenommen.

6. Der Organisations-Ansatz: Das medizinische Versorgungssystem wird als "feed-back"-System aufgefasst, das durch die Art seines Angebotes einen Einfluss auf die Nachfrage ausübt. Besonders die zwei letztgenannten Ansätze werden von McKinlay als vielversprechend für die Klärung der vielen komplexen Fragen zum Krankheitsverhalten bezeichnet. In diesem Sinne wurde in Basel ein Untersuchungsentwurf ausgearbeitet, der einen Vergleich der folgenden Variablen erlauben soll:

1. Soziodemographische Variablen
Sozioökonomischer Status
 2. Haushalt, Familie, Wohnverhältnisse
 3. Arbeitsplatz: Situation am Arbeitsplatz, Arbeitszufriedenheit
 4. Beziehung und Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen, Versicherungsstand
Informationsstand über Gesundheitsfragen
Orientierung gegenüber Gesundheit und Krankheit, Symptomenisibilität
 5. Gesundheitszustand, Stress
 6. Krankheitsverhalten, Gesundheitsverhalten (Rauchen)
- Die Hypothese wird überprüft, wonach Arbeitsplatzsituation und Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit soziodemographischen Variablen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen, Orientierung gegenüber Gesundheit und Krankheit etc. beeinflussen und dadurch Krankheitsverhalten und Gesundheitsverhalten bestimmen.

Résumé

Comportement de malade: Projet pour une recherche empirique.

Il existe une grande différence entre le système des services médicaux et les "Consommateurs". Il est nécessaire de renforcer les attitudes et les comportements préventifs dans la population. L'étude du comportement de malade doit préparer les concepts fondamentaux.

Summary

Illness behavior: Design of an empirical research project.

A large gap is existing between the system of medical services and the "consumer". It is necessary to reinforce preventive attitudes and behavior should prepare the fundamental concepts. A research design is presented.

Literatur

MCKINLAY, J.B.: Some Approaches and Problems in The Study of The Use of Services - An Overview. J. of Health and Soc. Behavior 13 (1972) 115-152

MECHANIC, D.: Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior. Social Psychiatry 1 (1967) 11-20

WIDMER, L.K.: Zur Häufigkeit des Gliedmassenarterienverschlusses bei 1864 berufstätigen Männern. Schweiz. Med. Wschr. 97 (1967) 102-105

Adresse der Autoren

Dr. med. Hans R. M. Müller, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, St. Albanvorstadt 19, 4052 Basel