

- [2] Klassifikation der Berufe für die Schlüsselung der Statistikkarten der Bevölkerungsbewegung, Eidg. Städtisches Amt, Bern 1979.
- [3] *Bornschier V.*: Zur sozialen Schichtung in der Schweiz, Schweiz. Zeitschr. für Soziologie, 1984; 3: 647–87.
- [4] *Geiger T.*: Die Klassengesellschaft im Schmelztiegel, Köln 1949.
- [5] *Greusing T., Karrer D.*: Beiträge zur Analyse der Sozialstruktur der Schweiz, Lizenziatsarbeit, Zürich 1981; 1–3.
- [6] *Poulantzas N.*: Klassen im Kapitalismus – heute. Berlin 1975.
- [7] *Wright E.O.*: Class Structure and Income Determination, New York, London 1979.
- [8] *Larner J.R.*: Management and the Larger Corporation, New York 1970.
- [9] *De Vrocy*: The Separation of Ownership and Control in Large Corporation. In: The Review of Radical Political Economics; New York 1975; Vol. 7, Nr. 2.
- [10] *Sigrist H. et al.*: Die Angestellten in der Schweiz 1870–1950, Zürich 1985.
- [11] *Braverman H.*: Labor and Monopoly Capital, The Degradation of Work in the Twentieth Century, New York 1974.
- [12] *Gramsci A.*: Selections of Prison Notebooks, London 1971.
- [13] *Konrad G., Szelenyi I.*: Die Intelligenz auf dem Weg zur Klassenmacht, Frankfurt 1979.
- [14] *Wright E.O., Costello C., Hachen J., Sprague J.*: The American Class Structure, 1982; ASR 47: 709–726.
- [15] *Stevenson T.H.C.*: The Vital Statistics of Wealth and Poverty, Journal of the Royal Statistical Society, 1928; Vol. XCI.
- [16] *Farr W.*: On the Construction of Life Tables, illustrated by a new Life Table of the Healthy Districts of England. Journal of the Institute of Actuaries, July 1860; Vol. IX.
- [17] Registrar General Social Class Classification, London: Her Majesty's Stationery Office, 1911.
- [18] Classification of Occupations, London: Her Majesty's Stationery Office, 1970.
- [19] Office of Population Censuses and Surveys: Occupational Mortality. The Registrar General's Decennial Supplement for England and Wales 1970–72, Series DS No. 1; London: Her Majesty's Stationery Office, 1978.
- [20] *Minder Ch.E.*: Qualitätsanalyse der Schweizerischen Sterblichkeits-Statistik als Vorarbeit zur Sterblichkeitsanalyse nach Berufen, Schlussbericht: NF-Gesuch Nr. 3.959.-0.85, 1985.

Determinanten präventiven Gesundheitsverhaltens in der Schweizer Bevölkerung Ergebnisse aus der SOMIPOPS-Studie¹

Heiner Bucher, Felix Gutzwiller, Vincent Wietlisbach und Autorengruppe

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

1. Einleitung

Unter Gesundheitsverhalten (GHV) verstehen wir nach Pflanz «der in der Laienkultur verankerte Komplex von Motivationen, Einstellungen, Glaubensverhalten und Verhaltensweisen, die sich auf Gesundheit und Krankheit bezieht» [1]. Als präventives Gesundheitsverhalten bezeichnen wir ein Verhalten, welches auf die bewusste Verhütung von Krankheit oder Behinderung ausgerichtet ist. Dies beinhaltet sowohl die Benützung krankheitsvorbeugender, medizinischer Angebote (z. B. Check-up, Schwangerenvorsorge) als auch individuelle gesundheitsbezogene Einstellungen wie z. B. Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Ernährungsgewohnheiten. Eine Mehrzahl von Studien unterstreicht die Bedeutung sozioökonomischer, kultureller sowie ethnischer Faktoren für das präventive GHV (Übersichtsarbeiten 2, 3).

Grundlegende Thesen zum Verständnis des GHV erarbeiteten Becker [4] und Rosenstock [5] mit dem «Health Belief Model», welches folgende prinzipielle

Voraussetzungen für ein positives GHV beinhaltet: 1) Glaube an eine mögliche Empfänglichkeit für eine bestimmte Krankheit und die Erkennung einer Bedrohung für die eigene Gesundheit. 2) Glauben an den Nutzen der einzuleitenden Massnahmen und Verfügbarkeit von Wissen über alternative Handlungsmöglichkeiten.

Als weitere erklärende Faktoren werden in diesem Modell Sozialschicht, Zugangsfaktoren und gewisse Auslösungsereignisse («cues») aufgeführt. Die These, dass soziokulturelle Faktoren das GHV nachhaltig beeinflussen, ist Gegenstand einer Kontroverse. So wird laut von Ferber [6, 7] das GHV eher durch die Struktur einer gegebenen Gesellschaftsordnung bestimmt.

Verschiedene Studien belegen anhand des «Health Belief»-Modells den Zusammenhang von sozialer Schicht und präventivem GHV, wenn auch mit widersprüchlichen Ergebnissen. Einzelne Autoren [8, 9] weisen auf einen linearen Effekt zwischen präventivem GHV und sozialer Schicht hin, währenddem Coburn und Pope [10] nur in den Mittelschichten ein ausgeprägtes präventives GHV nachweisen konnten. Siegrist et al. [11] unterstützen diese These, indem sie aufzeigten, dass der Sozialisations- und Erziehungsstil der Mittelschicht eher auf das Erreichen langfristiger Ziele ausgerichtet ist («deferred gratification pattern») und somit der Sinn langfristig sich auswirkender,

¹ SOMIPOPS: Sozio-Medizinisches Indikatorensystem der Population der Schweiz

Projektleitung: F. Gutzwiller, R.E. Leu, H.-R. Schulz, E. Zemp
Projektteam: R.J. Doppmann, R. Grimm, A. Marazzi, R. Schröter, P. Shmaiovits

Projekt des Nationalen Forschungsprogrammes Nr. 8 «Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Schweizerischen Gesundheitswesen» (Kredit Nr. 4.350.0.79.08 des Schweizerischen Nationalfonds).

krankheitsvorbeugender Massnahmen in dieser Sozialschicht am ehesten eingesehen wird.

Die Untersuchungen zum präventiven GHV unter Verwendung des «Health Belief Modells» ergaben zwar mit den theoretischen Prämissen des Modells übereinstimmende Ergebnisse, aber die mit dem Modell erklärbare Varianz blieb klein. Eine fruchtbare Hypothese, welche die Aussagekraft des Modells verstärkte, bildet das Persönlichkeitscharakteristikum «perceived internal locus of control» [12], was am besten mit «Strukturierungsfähigkeit der unmittelbaren Umgebung» umschrieben werden könnte: Personen, welche über mehr Kontrollmöglichkeiten über ihre Person und konkrete Umwelt verfügen, zeichnen sich durch ein besseres präventives GHV aus.

Bedeutsam für das präventive GHV sind weiter die aufgrund soziokultureller Faktoren differierenden Bewertungen und Deutungen medizinischer, wissenschaftlicher Konzepte der Krankheitsentstehung oder Krankheitsvorbeugung. Der Vertrautheitsgrad mit der modernen hochspezialisierten Medizin sowie ihrer Fachsprache ist in starkem Mass von den Fähigkeiten und Möglichkeiten abhängig, sich deren Kenntnisse und Behandlungskonzepte anzueignen. Dabei spielen sowohl materielle Güter als auch vor allem Bildung eine wesentliche Rolle. Laut Buchmann et al [13] steigt «mit zunehmender Bildung... die Übereinstimmung zwischen alltagsweltlicher und professioneller Problemsicht von Gesundheit und Krankheit». Harris und Guten [14] zeigten in einer repräsentativen Umfrage, dass nahezu alle Befragten gewisse Grundkonzepte und Vorstellungen krankheitsvorbeugenden Verhaltens aufwiesen, dass jedoch die Benutzung professionalisierter, institutionalisierter Gesundheitsvorkehrungen keineswegs eine vorrangige Bedeutung hatte.

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, präventives GHV mittels eines postulierten «Präventivtyps» zu kategorisieren: Der «Präventivtyp» besteht aus einem Skore hoher Gesundheitsorientierung und vorteilhafter Nutzung institutionalisierter präventiver Angebote.

Unsere Hypothesen sind: 1) präventives GHV ist in hohem Masse vom Gesundheitszustand abhängig; 2) Sozio-ökonomische Parameter beeinflussen das präventive GHV; 3) Alter und Geschlecht sind weitere bestimmende Faktoren des präventiven GHV.

Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen der SOMIPOPS-Studie, der ersten, repräsentativen gesamtschweizerischen Gesundheitsbefragung der Schweizer Bevölkerung erhoben. Die SOMIPOPS-Studie ist ein Teilprojekt des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 zur «Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Schweizerischen Gesundheitswesen».

2. Methode

2.1. Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe der Schweizer Bürger (älter als 20 Jahre) erfolgte aus den Stimmregistern

mittels einer geschichteten, geklumpten Zufallsstichprobe nach dem Berner Stichprobenplan [15]. Die ausländische Wohnbevölkerung mit Niederlassungsbewilligung wurde aus dem zentralen Ausländerregister gezogen (reines random sample). Für die vorliegende Arbeit gelangten die Daten von 3419 Schweizer Bürgern zur Auswertung, welche 1981/82 mit Fragebogen und 4 Wochen später erfolgtem Interview befragt wurden. Die Ausschöpfung betrug für die Schweizer Bevölkerung 68,5% und für die Ausländer 85,4% (836 Ausgewertete). Da auch regionale Analysen miteingepplant waren, musste die italienische Schweiz überproportional zur gesamtschweizerischen Bevölkerung in die Stichprobe aufgenommen werden, weshalb die Daten mit einem Gewichtungsmodell gerechnet wurden. Die detaillierte Beschreibung der Erhebungsmethoden ist dem Schlussbericht zu entnehmen [16].

Die Einkommensdaten entsprechen dem effektiven steuerbaren Einkommen des Haushaltsvorstandes (Steuerperiode 1980/81) und wurden mittels einer Äquivalenzskala [17] der Haushaltsgrösse angepasst. Die Daten wurden mit dem SPSS Programm (Software Package for the Social Science) gerechnet. Sämtliche Signifikanzniveaus sind bezeichnet.

2.2 Komponenten des «Präventivtyps»

Der von uns postulierte «Präventivtyp» ist nach einem Punkteskore aufgebaut (hohes Punkteskore bei positiver Gesundheitseinstellung) und umfasst folgende Variablen: Zeitpunkt des letzten Arztbesuches für präventive Zwecke, Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung (Auswertung nach der RVC-Klassifikation [18]), Zeitpunkt des letzten Cervixabstriches, Teilnahme an der Polioimpfaktion 1980, sowie den von uns modifizierten Breslow-skore [19], einem Index gesundheitsorientierter Einstellungen (Rauchgewohnheiten, Alkoholkonsum, Körpergewicht (Body-mass-index), Sportliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten (regelmässige Frühstücks- und Nahrungseinnahme) sowie Schlafgewohnheiten).

Die Auswertung erfolgte getrennt nach Geschlecht, da Frauen mehr Antwortmöglichkeiten besitzen (Cervixabstrich, Schwangerschaftsvorsorge als Grund für den letzten Arztbesuch).

3. Ergebnisse

3.1 Verteilung des «Präventivtyps»

Abbildung 1 zeigt die Verteilung des «Präventivtypskores» getrennt nach Geschlecht. Während sich für die Männer nahezu eine Normalverteilung ergibt, resultiert für die Frauen eine stärkere Rechtsverteilung mit Mittelwert bei höherem Punkteskore und somit eine vorteilhaftere Gesundheitseinstellung.²

² Zur Auswertung mit der Sozialklassifikation (Nominalskala), vergl. Punkt 3.2 wurde der «Präventivtyp» in eine dichotomisierte Variable aufgeteilt, wobei bei einem Punkteskore 16 (45% der befragten Frauen) und 12 (46,3% der befragten Männer) eine positive Gesundheitseinstellung angenommen wurde (nicht punktierte Fläche).

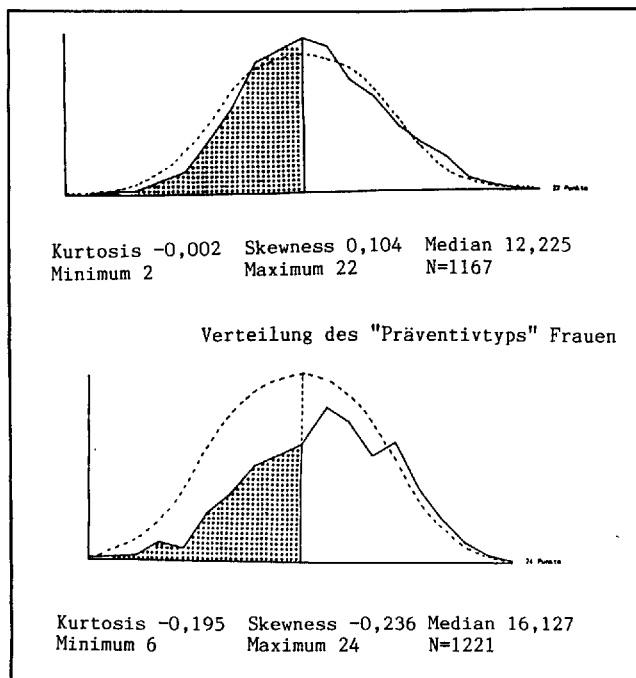


Abb. 1. Verteilung des «Präventivtyps» Männer.

3.2 Determinanten des «Präventivtyps»

Gemäss unserer Hypothese vermuten wir eine ausgeprägtere Gesundheitsorientierung mit besserer Ausnutzung präventivmedizinischer Angebote bei höherem Sozialstatus und Bildung, da bei oben gegebener Konstellation die Einsicht in den Sinn langfristig sich auswirkender Gesundheitsmassnahmen wächst. Eine eher dem professionellen System angepasste Auffassung medizinischer Probleme, eine niedrigere Symptomtoleranz sowie ein hohes Ausmass der gezielten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bewirken zusätzlich die bessere Nutzung präventiv-medizinischer Angebote.

Tabelle 1 zeigt den Zusammenhang zwischen «Präven-

tivtyp» und Klassenlage. Unter Klassenlage verstehen wir in Anlehnung an Max Weber diejenige typische Konstellation, die sich «aus Mass und Art der Verfügungsgewalt über Güter und Leistungsqualifikationen ergibt» [20]. Die Auswertung erfolgte getrennt nach Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen, da sich deren Verhalten in verschiedenen relevanten Aspekten unterscheidet (z.B. Verfügbarkeit von Freizeit zum Arztbesuch, Freizeitverhalten, Rauchverhalten erwerbstätiger und nicht-erwerbstätiger Frauen).

Es besteht nur für die Männer ein signifikanter Zusammenhang. Mittlere Angestellte und Angehörige der Klasse der Führungskader und Akademiker entsprechen am häufigsten dem «Präventivtyp», Rentner ohne Berufslehre sowie ungelernete Arbeiter und Angestellte am wenigsten. Für die erwerbstätigen Frauen ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang. Rentnerinnen weisen eine signifikant schlechtere Gesundheitsorientierung auf. Hausfrauen mit Berufslehre oder höherem Abschluss entsprechen signifikant häufiger dem «Präventivtyp».

Aus Tabelle 2 ersehen wir, dass zwischen Ausbildungsabschluss und dem «Präventivtyp» für beide Geschlechter ein signifikanter Zusammenhang erwächst. Demgegenüber hat das Einkommen für beide Geschlechter keinen signifikanten Einfluss. Mittels einfacher Korrelation besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Einkommen und «Präventivtyp». Es wäre voreilig daraus zu schliessen, dass der Kosteneffekt bei der Nutzung präventiver Gesundheitsdienste keinen Einfluss hat.

In höherem Alter resultiert eine weniger starke Gesundheitsorientierung; der Alterseffekt ist beim weiblichen Geschlecht ausgeprägter. Dieser Zusammenhang wurde in mehreren Studien belegt [9]: So ist beispielsweise bekannt, dass bei höherem Alter die Teilnahmeraten an Polioimpfkampagnen sinken [21, 23].

Der Einfluss des Gesundheitszustandes auf eine posi-

Tab. 1. «Präventivtyp» nach Klassenlage.

	Erwerbstätige						Nicht Erwerbstätige			Nicht Erwerbstätige		
	Ungelernte Arbeiter Angestellte	Gelernte Arbeiter Klein-gewerbe-treibende	Mittlere Ange-stellte	Land- wirt-e	Führungs-kräfte Akade-miker	Übrige	Rentner ohne Berufs-lehre	Rentner mit Berufs-lehre	Übrige	Haus-frauen ohne Berufs-lehre	Haus-frauen mit Berufs-lehre	
Männer												
nein	35,9	44,1	35,0	33,1	41,0	32,7	36,7	52,2	36,1			
ja	64,1	55,9	65,0	66,9	59,0	67,3	63,3	47,8	63,9			
	p<0,043 DF 4						χ ² 9,846 γ 0,084			p<0,018 DF 2		
							χ ² 8,026 γ -0,045					
Frauen												
nein	40,0	36,8	45,4	34,8	47,4	41,9	38,9	66,0	54,0	47,6	39,8	27,8
ja	60,0	63,2	54,6	65,2	52,6	58,1	61,1	34,0	46,0	52,4	60,2	72,2
	p<0,119						p<0,000 DF 2			χ ² 42,693 γ -0,420		
							p<0,000 DF 2			χ ² 45,611 γ 0,291		

Variable	Männer Pearsons Korrelations- koeffizient	Signifikanz	Frauen Pearsons Korrelations- koeffizient	Signifikanz
Sozialindikatoren				
Ausbildungsabschluss ¹	+0,0598	*	+0,0616	*
Einkommen ²	-0,0110	n.s.	+0,0117	n.s.
Alterseffekt				
Alter (5-Jahres-Altersklassen 20–25 J., 25–30 J. usw.)	-0,1572	*	-0,2420	*
Subjektive Einschätzungsfaktoren				
Subjektiver Gesundheitszustand ³ (self rated health)	+0,1639	**	+0,1151	**
Stellenwert und Bedeutung der Gesundheit ⁴	+0,1882	**	+0,1356	**
Psychisches Wohlbefinden ⁵ (Goldbergscore)	-0,0657	*	-0,0477	*

* Signifikanzniveau mit 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit

** Signifikanzniveau mit 1 % Irrtumswahrscheinlichkeit

¹ Kein Lehrabschluss/Lehrabschluss/Meisterprüfung/Mittelschuldiplom/Maturität/Abschluss höhere Fachschule/Akademischer Abschluss

² Bis Fr. 10000.–/Fr. 10001.– bis 15000.–/Fr. 15001.– bis 20000.–/Fr. 20001.– und mehr

³ Schlecht oder nicht besonders/gut/ausgezeichnet

⁴ Unbekümmert/Gesundheit beeinflusst oder bestimmt Lebensstil

⁵ Erniedrigte psychische Morbidität/erhöhte psychische Morbidität

Tab. 2. Determinanten des «Präventivtyps».

tive Gesundheitseinstellung ist hoch signifikant: 1) Der subjektive Gesundheitszustand (self rated health) ist für beide Geschlechter signifikant mit dem «Präventivtyp» liiert. 2) Das psychische Wohlbefinden der Befragten wurde mittels des 28 item Goldbergscores ermittelt, dessen Validität für die Schweizer Bevölkerung in einer gesonderten Arbeit bestätigt wurde [23]. Der Goldbergscore kann als Indikator einer prämorbidem Persönlichkeitskonstellation für eine depressive Erkrankung betrachtet werden. Der «Präventivtyp» zeichnet sich durch eine signifikant niedrigere prämorbidem Persönlichkeitsstruktur aus.

Der Stellenwert der Gesundheit wird vom «Präventivtyp» hoch veranschlagt: Die Variable bestätigt somit eine Konsistenz der vermittelten Angaben.

Die Erfahrung mit dem medizinischen Sektor beurteilen wir bei hoher Gesundheitsorientierung als positiv und vermuten eine signifikante Korrelation. Tabelle 3 zeigt, dass die konkrete Erfahrung beim letzten Arztbesuch keine Bedeutung hat. Scheinbar stehen grundsätzliche Orientierungen und über breitere Zeiträume erworbene Erfahrungen im Vordergrund, was sich z. B. in einer signifikant niedrigeren Schwellenangst

für einen Arztbesuch bemerkbar macht (die Befragten hatten zu folgender, das Krankheitsverhalten umschreibenden Aussage Stellung zu beziehen: «Ich gehe nicht gern zum Arzt» und «Es macht mir nichts aus zum Arzt zu gehen»).

Interessanterweise resultiert bei höherem «Präventivtypscore» ein niedrigeres Total der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme (in den letzten 12 Monaten). Wir interpretieren dies mit der erhöhten Handlungskompetenz bei höherer Bildung, welche sich durch eine problemspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auszeichnet. Bei zunehmender Möglichkeit zur Strukturierung und Einflussnahme auf die Umwelt steigt ein zielgerichtetes Konsultationsverhalten. Dementsprechend dürfte bei geringerer Handlungsmöglichkeit zur Problembewältigung die Bereitschaft zur Delegation von Problemen an die medizinischen Instanzen zunehmen (Vergl. Buchmann et al. 1985 [24]).

Desweiteren dürfte der gute Gesundheitszustand bei hohem «Präventivtypscore» die Gesamtinanspruchnahme beeinflussen.

In einem nächsten Schritt wurde mit einer schrittwei-

Tab. 3. Erfahrungen mit medizinischen Dienstleistungen und «Präventivtyp».

Variable	Männer Pearsons Korrelations- koeffizient	Signifikanz	Frauen Pearsons Korrelations- koeffizient	Signifikanz
Zufriedenheit mit letztem Arztbesuch ¹	+0,0329	n.s.	-0,0032	n.s.
Schwellenangst bei Arztbesuch ²	+0,0441	*	+0,0445	*
Total der ärztlichen ambulanten Konsultationen ³	-0,0796	**	-0,0787	**

* Signifikanzniveau mit 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit, n.s. nicht signifikant

** Signifikanzniveau mit 1 % Irrtumswahrscheinlichkeit

¹ Sehr schlecht/schlecht, unbefriedigend/recht/gut/ausgezeichnet

² Schwellenangst/keine Schwellenangst

³ 0 oder 1 Konsultation/2 oder 3 Konsultationen/usw. (in den letzten 12 Monaten)

Männer Variablen	Beta	Frauen Variablen	Beta
Bedeutung der Gesundheit	0,1819	Alter	-0,1895
Subjektiv empfundener Gesundheitszustand (self rated health)	0,1151	Einkommen	0,1112
Alter	-0,1302	Bedeutung der Gesundheit	0,1067
Bildung	0,0831	Subjektiv empfundener Gesundheitszustand (self rated health)	0,0434
Einkommen	0,0658	Psychisches Wohlbefinden (Goldbergscore)	-0,0429
Zufriedenheit beim letzten Arztbesuch	0,0435	Bildung	0,0383
Psychisches Wohlbefinden (Goldbergscore)	-0,0430	Zufriedenheit beim letzten Arztbesuch	0,0147
R ² (adjusted) = 0,078 F = 23,07 D.F. = 7 p<0,001 N = 1828		R ² (adjusted) = 0,064 16,40 D.F. = 7 p<0,001 N = 1683	

Tab. 4. Schrittweise Regression der Determinanten des «Präventivtyps».

sen Regression der jeweilige Einfluss obiger Variablen (Tabellen 2 und 3) auf den «Präventivtyp» gemessen. Die Auswertung erfolgte wiederum getrennt nach Geschlecht.

Der Anteil der erklärten Varianz ist für die beiden Geschlechter unterschiedlich und bei den männlichen Befragten etwas grösser. Der grösste Anteil erklärter Varianz ergibt sich bei den Männern für die Bedeutung der Gesundheit sowie den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand. Bei den Frauen resultieren das Alter und das Einkommen als stärkste erklärende Variablen.

Die Stärke der Variablen «Stellenwert der eigenen Gesundheit» und «jetziger Gesundheitszustand» (self rated health) dürfte damit zusammenhängen, dass für den überwiegenden Teil der erwerbstätigen Männer (81,2% der männlichen Befragten sind teil- oder voll-erwerbstätig, gegenüber 40,3% teil- oder voll-erwerbstätigen Frauen) Gesundheit im Sinne der Erhaltung von Erwerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht. Alter und Bildung sind bei den Männern die nächsten bedeutenden Faktoren.

Bei der Frauen ist der Altersfaktor die stärkste erklärende Variable. Dies dürfte in erster Linie Ausdruck unterschiedlicher Handlungsnormen der Generationen und der sich wandelnden gesellschaftlichen Stellung der Frau sein. Ältere Frauen leben nicht ungesünder, die im Fragebogen implizierten Lebenshaltungen und Folgen für Gesundheit oder Krankheit sind bei den erwerbstätigen jüngere Frauen häufiger vertreten. Ältere Frauen sind überwiegend als Hausfrauen tätig, deren Lebensgewohnheiten (z. B. Rauchverhalten) und Orientierung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen sich nachhaltig vom Verhalten jüngerer erwerbstätiger Frauen unterscheidet.

Das Einkommen als zweitstärkster Faktor unterstreicht die Bedeutung materieller Ressourcen für eine positive Gesundheitsorientierung. Schwer zu erklären ist der schwache Einfluss der Bildung bei den Frauen. Insgesamt ist der Anteil der erklärten Gesamtvarianz als gering zu bezeichnen, wenn auch der Einfluss der im Modell integrierten Variablen signifikant ist.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser ersten gesamtschweizerischen repräsentativen Gesundheitsbefragung unterstreichen die Bedeutung sozialer Faktoren für das Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Dabei konnten wichtige, auch in Studien aus dem Ausland gefundene Zusammenhänge bestätigt werden. Das präventive GHV ist bei den erwerbstätigen Frauen klassenunspezifisch besser ausgeprägt als bei den Männern [27]. Es ist interessanterweise bei Renterinnen, welche keine abgeschlossene Berufslehre aufweisen, am schlechtesten. Der Alterseffekt beeinflusst nachhaltig das präventive GHV bei schlechterer Ausprägung mit höherem Alter. Hierbei dürften verschiedene Faktoren eine Rolle spielen: Das Körperbewusstsein hat sich über die letzten 1–2 Generationen verändert. Der Umgang mit dem Körper und das Sprechen über den Körper als wesentliche Voraussetzung besserer Symptomenaufmerksamkeit und bewussterer Gesundheitseinstellung entwickelte sich verstärkt im Rahmen einer in den letzten 20–30 Jahren einsetzenden Entbindung von einem repressiven Umgang mit Körper und Sexualität. In diesem Zusammenhang ist das ungünstigere präventive GHV älterer Befragter zu verstehen. Der subjektive somatische Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit einer präventiven Gesundheitsorientierung. Die Bedeutung der jeweiligen Faktoren auf das präventive GHV differiert bei beiden Geschlechtern: Bei den männlichen Befragten haben der Gesundheitszustand und der Stellenwert der Gesundheit den stärksten Einfluss. Eine grundsätzlich andere präventive Gesundheitsorientierung der Männer muss vermutet werden, wobei der Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit die stärkste Bedeutung zufällt. Körper und Gesundheit könnten somit für männliche Befragte eher einen instrumentellen Wert haben.

Bei den Frauen wiegt der Altersfaktor am wichtigsten, was wir mit dem Wandel der gesellschaftlichen Rolle der jüngeren und erwerbstätigen Frauen in Zusammenhang setzen, welche sich bezüglich Sucht- und

Freizeitverhalten dem männlichen Verhalten angleichen [28]. Die These wird durch das niedrige Skore präventiver Gesundheitseinstellungen insbesondere der Rentnerinnen dokumentiert, welche in ihren Lebensgewohnheiten die im Fragebogen implizierte Zielbevölkerung nicht repräsentieren. Das schwache präventive Verhalten dieser Bevölkerungsgruppe steht im Kontrast zu der erhöhten Lebenserwartung der Frauen in der Schweiz.

Damit müssen die mit unserem Frageinstrument implizierten Normen oder Vorstellungen der Krankheitsverhinderung kritisch beleuchtet werden. Wie Buchmann et al. zeigten [29], werden Krankheitsursachen in verschiedenen sozialen Schichten unterschiedlich beurteilt und bewertet. Angehörige der Unterschicht neigen eher zu einer umwelt- oder gesellschaftsvermittelten Problemsicht der Krankheitsentstehung. Harris und Guten [14] dokumentierten ebenfalls für die Befragten der Unterschicht Vorstellungen krankheitsvorbeugenden Verhaltens, welche sich nicht an den professionalisierten medizinischen Institutionen orientieren. Es erstaunt deshalb nicht, dass – bei Berücksichtigung des Faktors Geschlecht – bei den ungelerten Arbeitern und Angestellten, den Landwirten sowie den Rentnern ohne Berufslehre (beide Geschlechter) ein signifikant schlechteres präventives GHV resultiert. Diese sozialen Gruppen umfassen einen hohen Prozentsatz von Befragten mit niedriger Schulbildung. Weitere Daten der SOMIPOPS-Studie [30] lassen vermuten, dass bei Angehörigen niedriger sozialer Schichten eine grössere Fremdheit gegenüber den medizinischen Institutionen vorherrscht, mit grösserer Schwellenangst vor dem Arztbesuch bei niedriger Schulbildung.

5. Schlussfolgerung

Die bestimmenden Faktoren des präventiven GHV in der Schweizer Bevölkerung sind für die beiden Geschlechter unterschiedlich. Einen wichtigen Einfluss üben der jeweilige Gesundheitszustand sowie das Alter aus. Bei niedriger Bildung zeigt sich ein schlechteres präventives GHV. Mit Ergebnissen aus anderen (zitierten) Arbeiten muss gefolgert werden, dass in sozialen Gruppen mit hohem Anteil an Befragten mit niedriger Schulbildung eine den medizinischen Institutionen entfremdete Haltung vorherrscht. Zur Erreichung ebenso ebenso durch erhöhte Risikoprofile gekennzeichneten Gruppen bedarf es vermehrter Anstrengung.

Zusammenfassung

Im Rahmen der ersten repräsentativen gesamtschweizerischen Gesundheitsbefragung wurde an 3419 Schweizer Bürgern das präventive Gesundheitsverhalten untersucht. Hypothetisch wurde ein «Präventivtyp» postuliert, welcher sich durch eine hohe Gesundheitsorientierung bei optimaler Nutzung präventivmedizinischer institutioneller Angebote auszeichnet. Wichtige Faktoren eines positiven präventiven Gesundheitsverhalten sind Alter, Geschlecht sowie ein guter Gesundheitszustand. Bei niedriger Bildung resultiert ein schlechteres «Präventivtyp-skore». Mit positivem Gesundheitsverhalten wurden weniger Arztkonsultationen verzeichnet.

Summary

Determinants of preventive behaviour in the Swiss population

In the context of the first Swiss National Health Survey preventive health behaviour was tested in 3419 Swiss citizens aged over 20 years. A health behaviour index including favourable health attitudes and good utilization of preventive health services was correlated with different social indicators. Age, sex and a good self-rated health were the most important factors associated with a high preventive health behaviour score. Education showed a less strong but also significant influence on positive health behaviour. Overall utilization of health services decreased with high preventive health behavior index.

Résumé

Facteurs déterminants pour le comportement préventif de la population suisse

Dans le cadre d'une enquête de santé au niveau national, le comportement préventif de la population a été étudié chez 3419 citoyens suisses. Un index de comportement préventif (comprenant des indicateurs d'attitudes favorables à la santé et de recours aux soins préventifs) a été corrélé avec plusieurs indicateurs sociaux. Age, sexe et profil de santé (subjectif) étaient les variables les plus significativement associés avec un comportement préventif favorable. Le niveau d'instruction exerce une influence moins importante, mais tout de même significative. Le recours total aux soins de santé diminue avec un index de comportement préventif élevé.

Literatur

- [1] Pflanz M. Medizinsoziologie. In: Koenig R, Hrsg. Handbuch der empirischen Sozialforschung. Bd 14. Stuttgart: DTV 1979: 262.
- [2] McKinlay JB. Some approaches and problems in the Study of the use of medical services. An Overview. J Health Soc Behav 1972; 13: 115–52.
- [3] Strauss AL. Medical organization, medical care and lower income groups. Soc Sci Med 1969; 3: 143–77. (Insbesondere S. 155 ff.).
- [4] Becker MH. The Health Belief Model and personal health behaviour. Health Educ Monogr 1974; Nr 2.
- [5] Rosenstock L. Why people use health services. Milbank Mem Fund Q 1966; 44: 94–127.
- [6] Ferber v Ch. Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart: Kohlhammer, 1971.
- [7] Ferber v Ch. Soziologie für Mediziner. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1975: 92.
- [8] Bergner L, Yerby AS. Low income and barriers to use of health services. New Engl J Med 1968; 278: 541–46.
- [9] Kasl SV, Cobb S, Arbor A. Health behaviour, illness behaviour and sick role role behaviour. Arch Environ Health 1966; 12: 246–66.
- [10] Coburn D, Pope CR. Socioeconomic status and preventive health behaviour. J Health Soc Behav 1974; 15.
- [11] Siegrist J, Bertram H. Schichtspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens. Soz Welt; 20/21: 206–18.
- [12] Langlie K. Social networks, health beliefs and preventive health behaviour. J Public Health Soc Behav 1977; 18: 260–66.
- [13] Buchmann M, Karrer D, Meier R. Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag. Bern, Stuttgart: P. Haupt, 1985: 24.
- [14] Harris DM, Guten S. Health protective behaviour: An exploratory-study. J Health Soc Behav 1979; 20: 17–29.
- [15] Fritschi P et al. Ein neuer Stichprobenplan für ein gesamtschweizerisches Sample. Schweiz Soziol 1976; 13: 141. ss.
- [16] Gutzwiller F, Leu R, Schulz HR, Zemp E und Autorengruppe. Eine schweizerische Gesundheitsbefragung (SOMIPOPS). Methoden zur Definition und Erfassung von Gesundheits- und Versorgungsindikatoren. Arbeitsbericht, Juni 1986.
- [17] Lazear EP, Micheal RT. Family size and the distribution of real per capita income. Am Econ Rev 1980; 70: 91–107.
- [18] National Center for Health Statistics. A Reason for visit classification for ambulatory care. Rockville, Md.: National Center for Health Statistics, 1979. (Vital and Health Statistics. Series 2 :

- Data Evaluation and Methods Research, Nr 78 (DHEW publication Nr (PHS)79-1352).
- [19] *Breslow L, Enstrom JE.* Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 1980; 9: 469–483.
- [20] *Weber M.* Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: Mohr, 1979: 177–80, 531–40.
- [21] *Cassel J.* Social and cultural considerations in health innovations. *Ann NY Acad Sci* 1963; 107: 739–47.
- [22] *Glasser MA.* Study of public acceptance of the Salk Vaccine Program. *Am J Public Health* 1958; 48: 141–46.
- [23] *Hugenschmidt F.* Epidemiologie der psychischen Befindlichkeitsstörungen in der Schweizer Bevölkerung, Ergebnisse aus der SOMIPOPS-Studie. Dissertation Basel, 1986.
- [24] *Buchmann M, Karrer D, Meier R.* Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag. Bern, Stuttgart: P. Haupt, 1985: 93–8.
- [25] *McKinlay JB.* Some approaches and problems in the study of the use of medical services. An Overview. *J Health Soc Behav* 1972; 13: 125.
- [26] *Rosenblatt D, Suchman EH.* Blue collar attitudes and information toward health and illness and the underutilization of medical services by blue collarities. In: Shostak A, Gomberg W. *Blue Collar World.* Englewood Cliff: Prentice Hall, 1964.
- [27] *Verbrugge LM.* Sex differentials in health. *Prevention* 1982; 97: 417–37.
- [28] *Abelin Th, Mueller R.* Trend der Rauchgewohnheiten in der Schweiz 1975–1981 *Soz Praeventivmed* 1983; 28: 185–95.
- [29] *Buchmann M; Karrer D, Meier R.* Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag. Bern, Stuttgart: P. Haupt, 1985: 151.
- [30] *Bucher H.* Gesundheit und soziale Ungleichheit in der Schweizer Bevölkerung, Ergebnisse aus der SOMIPOPS-Studie. Dissertation Basel, 1985.

Personnels de santé en Suisse: notion, sources et résultats

Wyss, Marc

Service de la statistique sanitaire, Office fédéral de la statistique

Le présent article donne un aperçu général des sources et des données existantes sur les professions de la santé en Suisse.

Ces professions sont d'abord définies par rapport à la notion de personnel de santé. A cette approche se rattache et s'articule la description des diverses sources d'information. Les particularités des sources nationales et cantonales y sont mises en évidence, en indiquant les possibilités qu'elles offrent et les limites qu'elles imposent à l'utilisateur.

Concernant l'utilisation des données cantonales, la méthodologie suivie est décrite à l'aide d'un exemple. La comparaison des résultats entre les diverses sources fait ressortir des différences imputables à la définition, ainsi qu'aux modalités de l'enregistrement des données.

Enfin, quelques résultats issus des recensements fédéraux de la population soulignent l'importance d'une statistique des personnels de santé en Suisse.

1. La notion de personnel de santé

Il n'existe pas une notion unique et universellement applicable à l'échelle internationale, relative aux personnels de santé. Un groupe d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a ainsi défini la notion de personnel de santé:

PERSONNEL DE SANTE (Health manpower)

«La notion de personnel de santé recouvre généralement les éléments suivants: nombre de personnes capables d'exercer ou se préparant à exercer une profession sanitaire; caractéristiques démographiques de ces personnes; caractéristiques sociales (études, expérience, échelle de valeurs); et mesures à prendre, tant sur le plan des effectifs que des qualifications, pour

offrir à la population les services qui correspondent aux besoins et à la demande. Ainsi, d'après le sens que l'on prête généralement à cette expression, les personnels de santé comprennent:

1. les personnes qui exercent déjà dans les services de santé;
2. les travailleurs sanitaires potentiels, c'est-à-dire ceux qui auraient les capacités requises pour exercer dans ce domaine mais qui ne le font pas actuellement; et
3. les futurs travailleurs sanitaires, c'est-à-dire ceux qui sont en train de recevoir la formation nécessaire.» [1]

Le groupe d'experts de l'OMS précité distingue les personnels actif, potentiel et prospectif conformément aux trois composantes qui forment l'ensemble des personnels de santé. Les annuaires de l'OMS ne considèrent cependant que des personnels actifs dans les services de santé.

Appliquée à la Suisse, c'est-à-dire aux conditions particulières de notre pays, la notion de personnel de santé est différente, selon la source utilisée. Par exemple, le recensement de la population utilise la définition suivante:

«Sont considérés comme personnels de santé les personnes qui exerçaient au moment du recensement une activité sanitaire» [2].

Cette définition inclut les stagiaires et les apprentis qui, à la date du recensement, travaillaient dans une entreprise, à l'exception des stagiaires et des apprentis d'une école professionnelle à plein temps. En revanche, les élèves et les étudiants ne sont pas pris en compte.

Les administrations sanitaires cantonales enregistrent, quant à elles, des données chiffrées sur les professions de la santé. Celles-ci sont définies selon les lois et