

Dimensionale Analyse von Ratsuch- und Behandlungsstrategien

Heinz Gutscher¹, Andrée Helming², Rainer Hornung²

- 1) Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abt. Sozialpsychologie, Nägelistr. 7, 8044 Zürich
 2) Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Sumatrastr. 30, 8006 Zürich

1. Einleitung

Ratsuch- und Behandlungsstrategien sind medizinsoziologische Begriffe, die einen bestimmten zeitlichen Verlauf des Krankheitsverhaltens nahelegen: Nach der Wahrnehmung von Symptomen setzt in der Regel eine Informationssuche ein, die darauf abzielt, zu einer Selbstdiagnose zu gelangen und Behandlungshinweise zu erhalten, um anschliessend darüber entscheiden zu können, welche Behandlungsmassnahmen angesichts des vorliegenden Beschwerdebildes zu treffen sind. Hierbei wird oft von der Vorstellung ausgegangen, dass der Arzt als Beratungs- und Behandlungsinstanz meist auf einem einigemassen linear und eindimensional angeordneten Weg erreicht wird. Der Weg ins medizinische System führt in dieser idealtypischen Form über das Laiensystem (z.B. Partner, Familie, Kollegen, Bekannte) und danach über die Institutionen des paramedizinischen Bereichs (z.B. Apotheker, Drogisten, Heilpraktiker). Diese vorgeschalteten Instanzen wirken gleichzeitig als Filter, so dass je nach Symptom die Behandlung bereits auf den ersten Stufen erfolgt. Das bedeutet gleichzeitig, dass nur ein Teil aller Krankheitsepisoden das medizinische System erreicht. (s. Abb. 1)

Aus diesen Vorstellungen lassen sich Annahmen über die kognitive Repräsentation und Organisation der Beratungsinstanzen und der Behandlungsmöglichkeiten ableiten. So

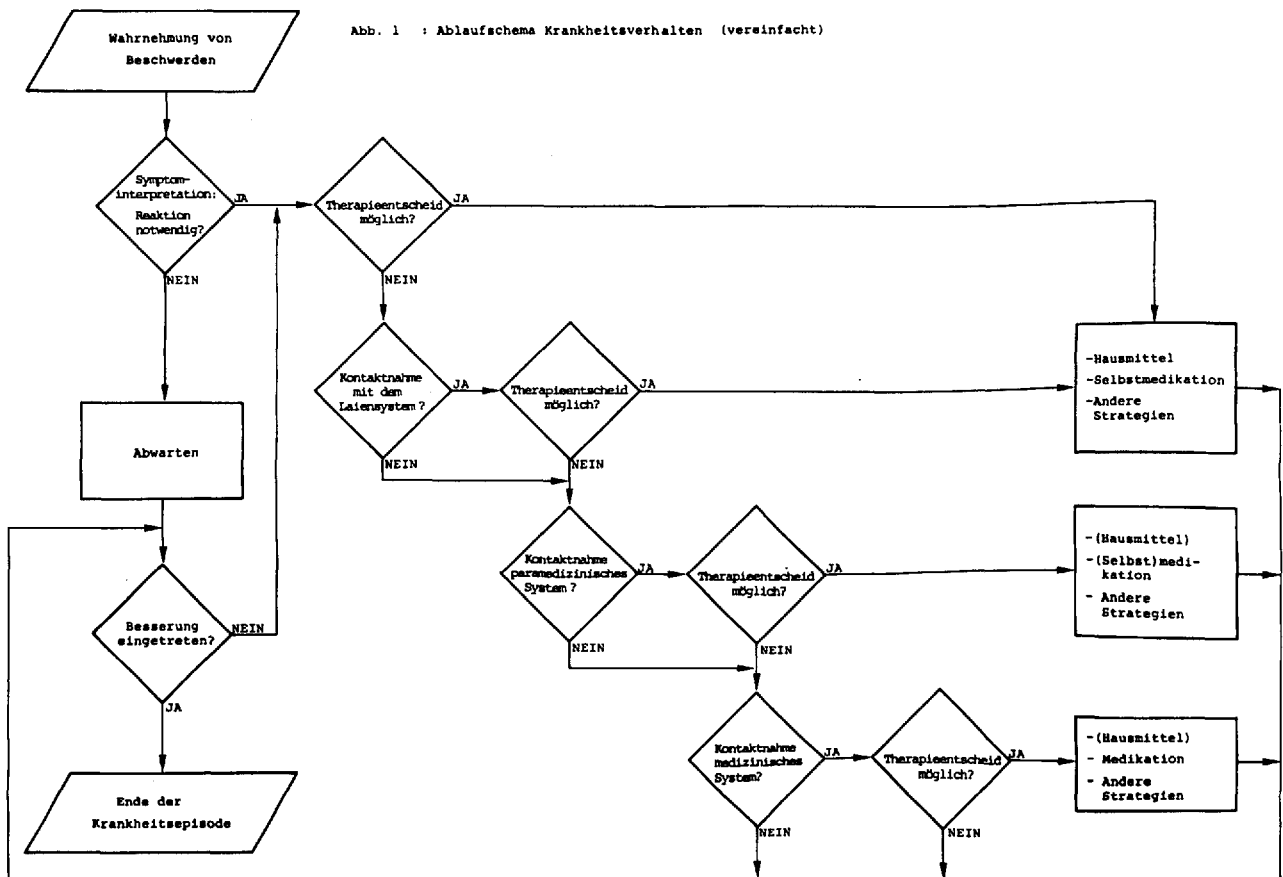
könnte als Kriterium für die Steuerung des Krankheitsverhaltens in der Bevölkerung eine zentrale Dimension vermutet werden, auf der die Beratungs- und Behandlungsinstanzen z.B. aufgrund erlebter, subjektiv wahrgenommener Distanzen angeordnet erscheinen.

Diese Annahme soll im folgenden anhand einer empirischen Analyse des Krankheitsverhaltens überprüft werden. Dabei interessiert zusätzlich die Frage, ob weitere Dimensionen identifiziert werden können, die für die Steuerung des Krankheitsverhaltens zusätzlich berücksichtigt werden müssen. Die Zweckmässigkeit solcher Dimensionen zur Erklärung symptomspezifischer Strategien wird dann am Beispiel von Symptomen des Grippe- und Erkältungssyndroms dargestellt.

2. Methode

Die Daten wurden im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 (Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Schweizerischen Gesundheitswesen) für das Projekt "Selbstmedikation" von SCHAER et al. (1) durch eine Befragung von rund 1800 Stimmberechtigten der deutschen Schweiz erhoben.

Zur Identifizierung allgemeiner Dimensionen des Ratsuch- und Behandlungsverhaltens wurde das Programm MINISSA (2) verwendet. MINISSA erlaubt es, latente Datenstrukturen sichtbar zu machen, indem aufgrund empirisch abgeleite-



ter Angaben über die Aehnlichkeit von Handlungsstrategien, diese Strategien als Punkte in eine räumliche Konfiguration umgesetzt werden: ähnliche Strategien werden dabei nahe beieinander zu liegen kommen, unähnliche weit auseinander.

Zur Darstellung konkreter symptomspezifischer Präferenzreihen für die Strategien bei Grippe- und Erkältungssymptomen wird das Programm MDPREF (3) eingesetzt, das Symptome und Strategien gleichzeitig optimal in einem Raum abbildet. Eingangsdaten für dieses Verfahren sind nicht abgeleitete Aehnlichkeiten wie bei MINISSA, sondern symptomspezifische Präferenzreihen der einzelnen Strategien (von allen Personen, die das Symptom X zeigten, suchten am meisten Rat bei Y, in zweiter Linie bei Z usw.).

3. Ergebnisse

a) Ratsuchstrategien

Abbildung 2 zeigt eine zweidimensionale Konfiguration der Ratsuchstrategien. Die vom Programm ausgegebenen Gütekennwerte (Stress DHAT = .13) lassen erkennen, dass eine zweidimensionale Darstellung den Daten angemessen ist, eine noch einfachere, eindimensionale Lösung jedoch verworfen werden sollte. Die horizontale Dimension ordnet die Strategien, wie erwartet, aufgrund der wahrgenommenen Distanz zwischen Ratsuchenden und Beratungsinstanzen: also Partner, dann die Verwandten, Bekannten, Freunde oder Nachbarn, dann folgen bereits der Apotheker, der Drogist, das Gesundheitsbuch, dann die Arbeitskollegen, die Werbung in der Presse, Radio und TV, der Hirnweise entnommen werden, und ganz am Schluss - entsprechend einer relativ grossen wahrgenommenen Distanz - die Gemeindegeschwester und der Arzt. Eine detaillierte Beschreibung der Ratsuch- und Behandlungsinstanzen findet sich in (1).

Zusätzlich zu dieser erwarteten Dimension der wahrgenommenen Distanz (horizontal) wird eine weitere Dimension aufgespannt (vertikal), der wir den Begriff "zugeschriebene Kompetenz" zuordnen. Hier wird an einem Ende ("zugeschriebene Kompetenz" hoch) der Arzt, dann der Apotheker, dann die Verwandten und die Gemeindegeschwester genannt, während sich der Drogist ziemlich am unteren Ende dieser Dimension befindet.

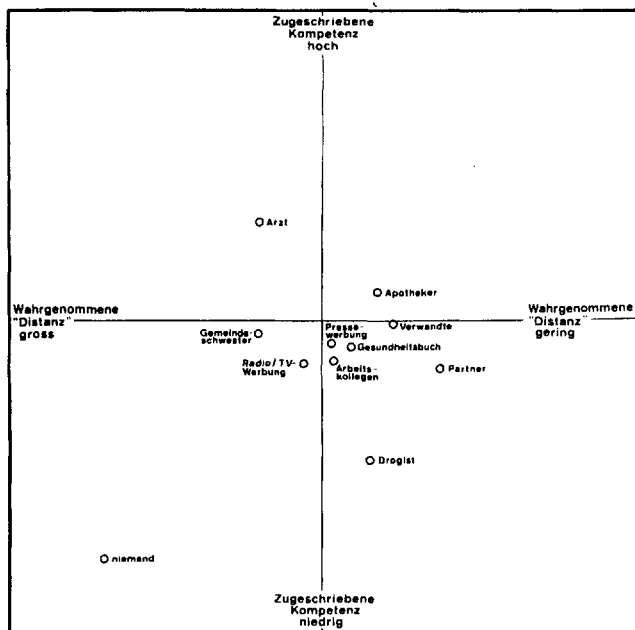


Abb. 2 : Zweidimensionale Konfiguration der Ratsuchstrategien (MINISSA)

Die Strategie "Niemanden gefragt", die hier als Kombination von niedriger Kompetenz und geringer Nähe erscheint, wurde nicht zur Identifikation der Dimensionen

beigezogen, da unsere Formulierung im Fragebogen gewisse Unklarheiten enthielt: so war es insbesondere nicht ganz klar, ob die Strategie "Niemanden gefragt" andere Strategien ausschliesst oder nicht. Der Ort dieser sehr häufig gewählten Verhaltensweise im Raum der Ratsuchstrategien ist deshalb nicht sehr zuverlässig bestimmbar.

Konkrete Ratsuchstrategien können aufgrund dieser Dimensionen nicht exakt vorhergesagt werden, jedoch lassen sich gewisse Erwartungen ableiten, wie z.B. dass bei leichteren Symptomen wie Schnupfen die "Distanz"-Dimension wichtig bleiben sollte, während bei ernsthafteren Krankheitsanzeichen der Dimension "zugeschriebene Kompetenz" stärkeres Gewicht zugemessen werden dürfte. Dies wird aus der Darstellung in Abbildung 3 ersichtlich. Um die Strategien herum gruppieren sich die Symptome als Endpunkte der Vektoren (Pfeile). Die Anordnung der rechtwinkligen Projektionen der Strategien auf dem Symptomvektor "Schnupfen" ergibt folgende Reihenfolge der Präferenzen: "Niemanden gefragt", dann mit grossem Abstand "Partner gefragt", dann folgt der Apotheker, dann die Verwandten und das Gesundheitsbuch und dann, alle fast im gleichen Rang, der Drogist, die Gemeindegeschwester, die Arbeitskollegen, die Werbung und der Arzt.

Die analogen Projektionen auf dem sichtlich anders orientierten Symptomvektor "Fieber, Grippe" zeigen einen deutlich geringeren Abstand zwischen "Niemanden gefragt" und "Arzt gefragt". An dritter Stelle erscheint jetzt der Apotheker, gefolgt vom Partner und den restlichen Beratungsinstanzen. Mit anderen Worten: bei der Beurteilung dieser Symptome wird offensichtlich "Kompetenz" höher gewichtet als "Nähe".

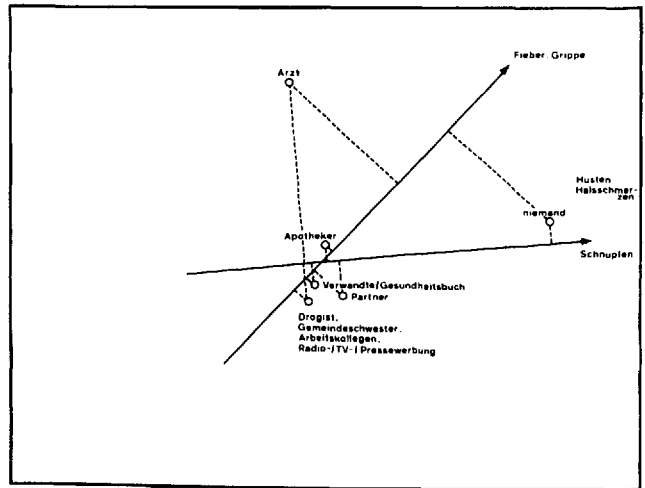


Abb. 3 : Zweidimensionale Konfiguration der Ratsuchstrategien und der Symptome (MDPREF)

b) Behandlungsstrategien

Auch für die Behandlungsstrategien erscheint eine zweidimensionale Lösung angemessen (Stress DHAT = .09). Die verschiedenen Strategien in Abbildung 4 werden durch folgende Dimensionen geordnet: Horizontal durch die Fristigkeit der Wirkungserwartung (unmittelbar bei autonomen Strategien wie Selbstmedikation, Hausmittel usw., bzw. mittelbar bei der heteronomen Strategie der ärztlichen Medikation, wo vor dem Einsetzen der Wirkung in der Regel zuerst ein Arzt aufgesucht werden muss).

Vertikal lassen sich die Strategien durch ein unterschiedliches Aktivitätsniveau in der Therapie unterscheiden: Am oberen Ende "Abwartend/ruhigstellend" mit Strategien wie "Nichts unternommen, abwarten", "Bettruhe" usw., am unteren Ende "Aktiv/intervenierend" mit Strategien wie "mit eigenen Hausmitteln Wickel, Umschläge, Einreibungen, Bäder oder ähnliches gemacht", "gymnastische Übungen, körperliche Betätigung".

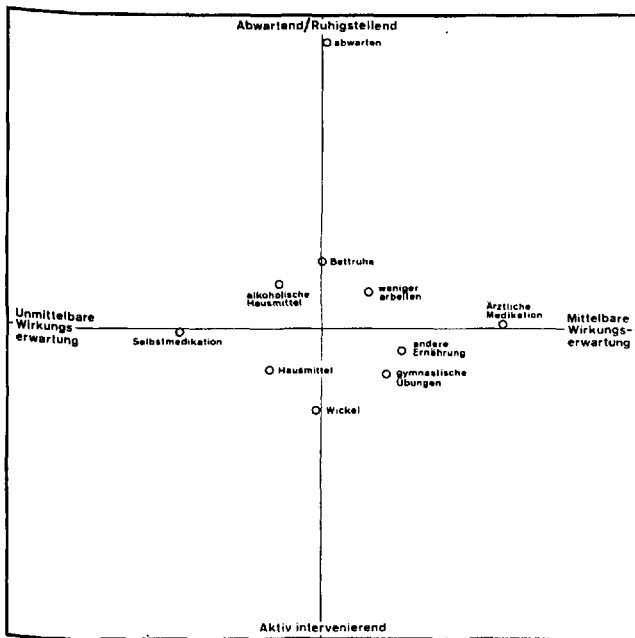


Abb. 4 : Zweidimensionale Konfiguration der Behandlungsstrategien (MINISSA)

Für die Auswahl konkreter symptomspezifischer Strategien ist im Sinne einer Optimierung von therapeutischem Aufwand und Ertrag zu erwarten, dass bei hoher Ernsthaftigkeit und grösserem Ausmass von drohenden Einschränkungen wie etwa beim Symptom "Fieber, Grippe" vermehrt Strategien eingesetzt werden, die ein höheres therapeutisches Aktivitätsniveau erfordern und dass neben autonomen Strategien mit unmittelbarer Wirkungserwartung vermehrt auch heteronome Strategien wie die ärztliche Medikation zur Anwendung kommen.

Abbildung 5 bestätigt diese Annahmen. Es zeigen sich wiederum grössere Unterschiede in den symptom-spezifischen Strategien. Für das Symptom "Fieber, Grippe" lautet die Präferenzreihe der Strategien: "Selbstmedikation", "Hausmittel" und die "ärztliche Medikation" fast gemeinsam an 2. und 3. Stelle, dann erst "abwarten", "Betrühe" usw. Beim Schnupfen wird am häufigsten einfach abgewartet, in zweiter Linie werden Selbstmedikation betrieben, Hausmittel eingenommen oder äusserlich angewendet (Wickel u.ä.), dann erst folgt die ärztlich verordnete Medikation.

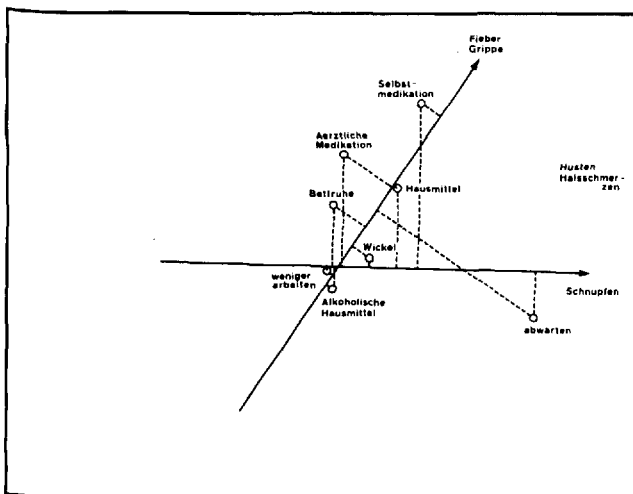


Abb. 5 : Zweidimensionale Konfiguration der Behandlungsstrategien und der Symptome (MDPREF)

4. Diskussion

Aufgrund der Ergebnisse konnte gezeigt werden, dass weder die Beratungsinstanzen noch die Behandlungsmöglichkeiten durch einfache lineare Ordnungen hinreichend beschrieben werden können. Eine Dimension der psychologischen oder sozialen Distanz konnte zwar für die Ratsuchstrategien identifiziert werden, jedoch entscheidet ebenso der Grad der für die Beurteilung von Symptomen für notwendig erachteten professionellen Kompetenz über konkretes Ratsuchverhalten bei Anzeichen von Krankheit. Die Analyse der Behandlungsstrategien lässt erkennen, dass Wirkungs- und Aktivitätsaspekte die Auswahl konkreter Handlungsstrategien determinieren.

Konkretes symptom-spezifisches Krankheitsverhalten stellt - vermutlich unter den Aspekten der perzipierten Ernsthaftigkeit und dem Ausmass drohender Einschränkungen - jeweils eine subjektiv optimale Kombination der beschriebenen Aspekte oder Dimensionen dar.

Die in dieser Untersuchung identifizierten Bestimmungskriterien des Krankheitsverhaltens erlauben Hinweise auf Ort und Ausrichtung künftiger Interventionen für eine adäquatere Steuerung der Inanspruchnahme des paramedizinischen und des medizinischen Systems. So lassen die Ergebnisse vermuten, dass Ueberinanspruchnahme ärztlicher Leistungen nicht nur durch die subjektiv wahrgenommene Distanz zu medizinischen Diensten, sondern ebenso aufgrund von Defiziten der perzipierten eigenen Behandlungskompetenzen erfolgt. Entscheidungen zu konkreten Behandlungsstrategien, die stark unter Aspekten der Fristigkeit und des Aktivitätsaufwandes getroffen werden, lassen bereits bei banalen Befindlichkeitsstörungen wenig Symptomtoleranz erkennen. Ein Ziel gesundheitserzieherischer Interventionen muss deshalb sein, einerseits das medizinische Wissen und die Selbstbehandlungskompetenz der Bevölkerung zu erhöhen und andererseits grössere Gelassenheit im Umgang mit Gesundheitsstörungen zu vermitteln.

Summary

Dimensional Analysis of Advice Searching and Treatment Strategies

Two multidimensional analysis programs applied to data from a representative survey (N=1819) of electors of german speaking Switzerland produced fundamental structures and dimensions of advice searching strategies (perceived distance, ascribed competence) and treatment strategies (term of result expectation, level of therapeutic activity).

Résumé

Analyse dimensionnelle des stratégies de demande de conseil et de thérapie

Les données d'une enquête représentative auprès de 1819 électeurs de la Suisse alémanique ont été analysées à l'aide de deux programmes d'analyse multidimensionnelle. On a trouvé des structures et des dimensions fondamentales des stratégies de demande de conseil (distance perçue, compétence attribuée) et des stratégies de thérapie (délai d'attente d'effet, niveau d'action thérapeutique).

Literatur

- (1) Schär, M., Hornung, R., Gutscher, H., May, U.: Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes Nr. 8, Erster Forschungsbericht, Zürich 1984
- (2) MINISSA (Michigan-Israel-Nijmegen Integrated Small-space Analysis) von Lingoes, J. et al, MDS (X) Programs, Version 3.2, Program Library Unit, University of Edinburgh
- (3) MDPREF (Multidimensional Preference Scaling) von Carroll, J.D., Chang, J.-J., MDS (X) Programs, Version 3.2, Program Library Unit, University of Edinburgh