

activities according to the strategies for 'Health for all by the year 2000' on the following points:

1. National policies (target 13 for WHO European region): To increase participation of specialists in prevention and intensify discussion on aspects of health promotion in federal consultative commissions to improve collaboration with parliamentary groups concerned with health policy.
2. Research strategies (target 32): To shift research funds of the FOPH from curative to preventive activities, with possible expansion of the budget for research (taking on the responsibility for the distribution of the funds according to article 43a of the alcohol law, and studying the possibilities of creating a special fund for prevention); to define main research topics in line with the special interests of the federal administration and the consultative commissions; to elaborate guidelines on research support by the FOPH in accordance with other research funding bodies in Switzerland.
3. National legislation (target 33): The cantons do not wish a federal law on prevention; therefore the remaining possibility is to complete existing laws relating to health and to create regulations on the distribution of funds for prevention.
4. Managerial process (target 34): The federal government cannot interfere with concrete actions for health promotion but it can intensify the collaboration with the decision making bodies in politics and administration (create a forum for cantonal contact persons on questions of addiction and prevention, collaboration with consultative commissions).

5. Health information systems (target 35): to define a system of health indicators for health promotion and to collect data in collaboration with specialised institutions, to create a concept for mass media and public communication and to strengthen the existing documentations in the FOPH.

**Literatur**

- [1] Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Grundlagen für ein Bundesgesetz über Krankheitsvorbeugung: Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung. Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale Bern, 1982.
- [2] Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Einzelziele für «Gesundheit 2000». Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt a. M., 1985.
- [3] Maise, F. K.: Forschung noch effizienter machen. Tages-Anzeiger vom 18. 6. 1986; 13.
- [4] Pauli, H. G.: Die Weltgesundheitsorganisation fordert Gesundheit für alle: Folgerungen für die Forschung. Schweiz. Ärztezeitung. 1986; 14: 605-609.
- [5] Sieber, M., Angst, J.: Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum. Ein Beitrag zur Ätiologie bei jungen Erwachsenen. Hans Huber, Bern, 1981.
- [6] Müller, R.: Gesundheitsverhalten von Schulkindern in der Schweiz, mit besonderer Berücksichtigung ihres Konsums legaler und illegaler Substanzen. WHO-Studie (noch unveröffentlicht).

# Determinanten der Entscheidung für die Inanspruchnahme einer ambulanten ärztlichen Einrichtung

Christoph Griching, Christoph Junker, Hans-Jürg Schaufelberger

IAE Forschungsgruppe Gesundheitsversorgung, Universität Bern, Inselspital 14c, 3010 Bern  
 Gefördert durch den Schweizerischen Nationalfonds (Projekt Nr. 3.843.0.85)

**Einleitung**

In diesem Forschungsprojekt befassen wir uns mit der Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Einrichtungen in städtischen und ländlichen Regionen. Die Untersuchung beschränkt sich auf internistische und allgemeinmedizinische Praxen im deutschsprachigen Teil des Kantons Bern.

Folgende zwei Fragen sind von besonderem Interesse:

- Warum und wann entscheiden sich Patienten, zu einem Arzt zu gehen?
- Inwieweit unterscheiden sich Patienten aus städtischen bzw. ländlichen Regionen hinsichtlich ihrer Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen?

**Das Entscheidungs-Handlungsmodell**

Dieser Studie legen wir folgendes Entscheidungs-Handlungsmodell zu Grunde:

Das Modell dient zur Beschreibung des Entscheidungs-Handlungsprozesses «Inanspruchnahme von ärztlichen Einrichtungen». Es geht von der Grundannahme aus, dass Handlungsalternativen gegeben sind.

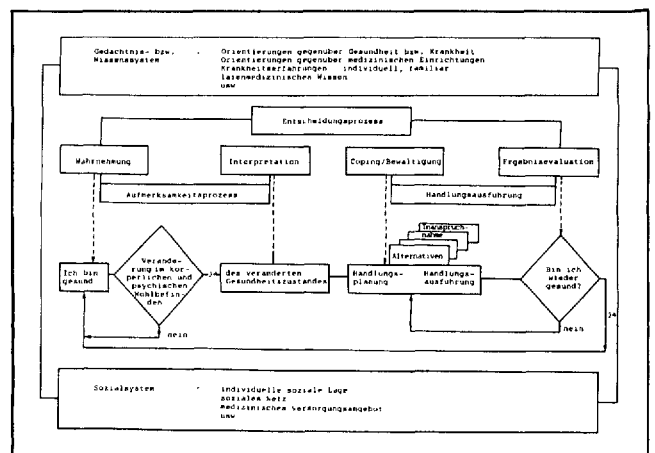


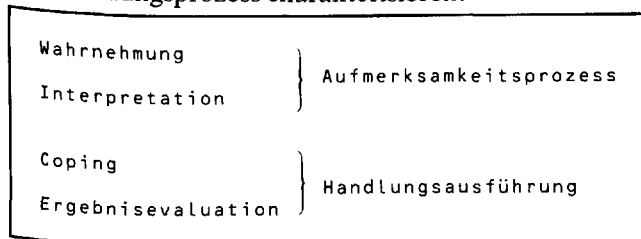
Abb. 1

Mindestens zwei Bedingungen sollte das Modell erfüllen:

- Es sollte eine theoretische Grobstrukturierung des Verhaltensstromes ermöglichen.

- Ein Entscheidungs-Handlungsmodell sollte Rückkopplungen, wie sie von Miller, Galanter und Pribram [1] oder von Hacker [2] vorgeschlagen wurden, erlauben.

Im Modell strukturieren wir den Entscheidungs-Handlungsprozess in vier Teile, welche den unmittelbaren Entscheidungsprozess charakterisieren:



**Zum Aufmerksamkeitsprozess:**

Die Aufmerksamkeit richtet sich dorthin, wo sie im Kontext der Entscheidung gebraucht oder erregt wird. Emotionen und Affekte beeinflussen den Aufmerksamkeitsprozess, bestimmen im wesentlichen die Richtung der Entscheidungsfindung und wirken energetisierend.

**Zur Handlungsausführung:**

Die Handlungsausführung kann vielerlei beinhalten; vom Abwarten, über Selbstmedikation, Anwenden von Hausmittelchen usw. bis hin zum Aufsuchen eines Arztes.

Mittelbar wird der Prozess der Entscheidungsfindung durch zwei Systeme beeinflusst, nämlich:

Das Gedächtnis- bzw. Wissenssystem

Das Gedächtnissystem ist der Speicher der je individuellen Lebensgeschichte (soziale und individuelle Erfahrungen), von kognitiven Strukturen und Emotionen.

**Das Sozialsystem**

Mit Sozialsystem fassen wir soziodemographische, ökonomische und gesellschaftliche Strukturdaten zusammen.

Wir gehen also davon aus, dass der Mensch in der Lage ist, körperliche und psychische Veränderungen wahrzunehmen. Wahrgenommenes wird dann interpretiert und Handlungen erwogen und ausgeführt; dabei greift er auf sein Gedächtnis- und Sozialsystem zurück.

**Methodisches Vorgehen**

Die Dichte von Arztpraxen wird aufgrund von publizierten Statistiken der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern und des Krankenkassenkonkordates auf Spitalbezirksebene bestimmt.

Für die Datenerhebung sind zwei Schritte geplant.

**Erster Schritt:**

Totalerhebung in Form einer schriftlichen Befragung aller allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen im Kanton Bern. Diese Erhebung dient zur Auswahl von 40 repräsentativen Arztpraxen.

**Zweiter Schritt:**

In diesen Praxen sollen je 20 von den beteiligten Ärzten nach vorgegebenen Kriterien ausgewählte Patienten einen standardisierten Fragebogen ausfüllen. Ebenso wird der Arzt mit Hilfe eines Patienten-Beurteilungsbogens die medizinische Einschätzung vornehmen.

Es wird eine Stichprobe von 800 Befragten angestrebt.

**Auswertung**

Das Patientendatenmaterial soll nach folgenden Kriterien (siehe Graphik) differenziert werden.

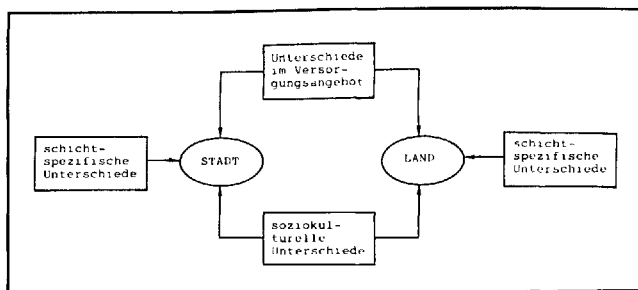


Abb. 2

Die Stadt/Land-Thematik wird einerseits unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsstruktur und andererseits unter Berücksichtigung unterschiedlicher soziokultureller Gegebenheiten betrachtet.

Innerhalb der Stadt- bzw. Landpopulation werden schichtspezifische Faktoren berücksichtigt.

**Stand der Arbeit**

Der erste Schritt der Datenerhebung steht kurz vor dem Abschluss. Zurzeit werden diese Daten ausgewertet.

Eine erste Fassung des Patientenfragebogens liegt vor und wird momentan ausgetestet.

**Résumé**

**Facteurs déterminant la décision de consulter un médecin**

Ce projet de recherche a comme but de présenter une explication pour le décision de consulter un médecin ainsi que pour les facteurs déterminant cette décision. Tout spécialement l'influence des différentes structures des régions d'approvisionnement est étudiée en comparant les résultats obtenus dans des régions urbaines avec ceux des régions rurales. Le modèle présenté dans cet article a été développé spécialement pour ce projet et se base sur des hypothèses des théories de décision et d'action.

Le modèle montre que le processus de décision et d'action consiste dans quatre phases qui forment la décision immédiate: l'aperception et l'interprétation, dites procédé d'attention; le coping et l'évaluation des résultats, dites exécution de l'action.

Le procédé de décision est influencé indirectement par

- le système social qui est la somme de toutes les variables sociodémographiques, économiques et structurelles,
- le système de mémoire qui est le réservoir de l'histoire de vie individuelle.

**Summary**

**Determinants of the decision to use an ambulatory medical service**

The purpose of this research is to know more about the factors

determining the decision to see a doctor. Especially the influence of characteristics of the delivery system (e.g. differences between urban and rural regions) and characteristics of users (e.g. social class) are investigated.

In this article the conceptual frame of the study is described. The model is based on assumptions of the action-decision-theory. It structures the process of decision and action into four phases: the first two, perception and interpretation, are summarized as «process of attention»; the subsequent ones, coping and evaluation, as «process of acting». The model describes the social system (the total of demographic, socio-structural and socio-economic variables) and the

memory system (contained within the individual life history) as mediating factors influencing the decision to act.

#### Literatur

- [1] Miller, G. A., Galanter, E. and Pribram, K. H.: Plans and the structure of behavior. New York: Holt, 1960.
- [2] Hacker, W.: Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Psychische Struktur und Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Hans Huber Verlag, 1978.

## Einige Bedingungen von Erwartungen an die Arztkonsultation

Bernhard Cloetta, Christoph Junker

IAE Forschungsgruppe Gesundheitsversorgung, Universität Bern, Inselspital 14c, 3010 Bern

### Fragestellung

Unter Erwartungen verstehen wir hier die subjektiv bedeutsamen Vorstellungen eines Individuums über zukünftige Ereignisse. Deren Bedeutung im Zusammenhang mit Entscheidungen [3] gilt auch für die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen. Interessante Ergebnisse liegen besonders über die Erwartungen von Patienten an den Arzt und sein Handeln vor [2]. Die hier vorgestellte Arbeit versuchte, solche Erwartungen bei ambulanten Patienten in der Grundversorgung möglichst breit zu erfassen. Vor allem interessierte die Frage, welche Dimensionen bei den Patienten-Erwartungen über Zugang und Erreichbarkeit einer Praxis bzw. eines Ambulatoriums sowie über den Ablauf und das Ergebnis der Konsultation festzustellen sind.

Über das Gesamtprojekt, das im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 8 durchgeführt wurde und aus dem hier ein Aspekt vorgestellt wird, berichten wir zusammenfassend an anderer Stelle [1].

### Methode

Befragt wurde eine bezüglich Alter und Geschlecht sehr breitgestreute Gruppe von 259 ambulanten Patienten eines Ambulatoriums (Poliklinik) und von allgemeinmedizinischen und allgemeininternistischen Arztpraxen in einer grossstädtischen Agglomeration im Jahr 1982. Das halbstrukturierte Interview wurde unmittelbar vor der Konsultation durchgeführt und dauerte im Durchschnitt eine Stunde. Neben den Erwartungen wurden Fragen zu folgenden Bereichen gestellt: aktuelle Beschwerden oder Anliegen, unmittelbarer Auslöser des Entscheids zur Konsultation, frühere Inanspruchnahme und Erfahrungen mit Ärzten, frühere Krankheiten, Einstellungen zur Medizin, sozialstatistische Variablen. Diese Daten der Patienten wurden durch knappe Angaben des Arztes über

Konsultationsgründe, Diagnose und Therapie ergänzt. Die offenen Antworten wurden kategorisiert. Bei den Erwartungen wurde nachträglich versucht, Quasiskalen zu bilden. Dabei berücksichtigten wir inhaltliche Gesichtspunkte und die Ergebnisse von Faktorenanalysen. Dieses Vorgehen ist als exploratorisch zu bezeichnen, was bei den Ergebnissen bedacht werden muss.

### Erwartungsdimensionen

Bei den *Prozesserwartungen (PE)* geht es vor allem darum, welche Vorstellungen der Patient darüber hat, wie der Arzt während der Konsultation sich ihm gegenüber verhalten und was er alles tun wird. Als Beispiel für die vier entwickelten Quasitests lässt sich PE4 wie folgt umschreiben:

Der Patient ist allgemein positiv gestimmt und nicht ängstlich, was Arzt, Konsultationsablauf und -ergebnis betrifft; gegenüber: Er ist unsicher, abwartend, ängstlich bezüglich Arzt, Konsultationsprozess und möglichem Ergebnis (9 Items, davon 5 negativ verschlüsselt).

*Ergebniserwartungen (EE)* beinhalten Vorstellungen darüber, was bei der Konsultation herauskommen wird, welche Schlüsse der Arzt ziehen und welche Massnahmen er vorschlagen wird. Von den zwei entwickelten Quasitests lässt sich EE1 folgendermassen kennzeichnen:

Der Patient erwartet konkret Hilfe, Abklärung und Information sowie teilweise spezifizierete therapeutische Massnahmen; gegenüber: Er will Ergebnis sowie Behandlung auf sich zukommen lassen und erhofft sich Beruhigung oder wenigstens Klarheit über seine Befürchtungen (7 Items, davon 3 negativ).

Alle diese Skalen korrelieren nur geringfügig miteinander; die höchste Korrelation beträgt  $r = .38$  zwischen PE1 und PE3. Die internen Konsistenzen (Cron-