

Zeitschrift:	Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology
Herausgeber:	Schweizerische Gesellschaft für Soziologie
Band:	13 (1987)
Heft:	2
Artikel:	Handlungsentscheidungen im Bereich von Gesundheit und Krankheit am Beispiel Arztbesuch : Konstruktion eines Ordnungsrahmens
Autor:	Schaufelberger, Hans Jürg / Grichting, Christoph / Junker, Christoph
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-814377

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 21.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

HANDLUNGSENTSCHEIDUNGEN IM BEREICH VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT AM BEISPIEL ARZT- BESUCH - KONSTRUKTION EINES ORDNUNGSRAHMENS

Hans Jürg Schaufelberger, Christoph Grichting, Christoph Junker,
Universität Bern, Institut für Ausbildungs- und
Examensforschung, Inselspital 14c - CH 3010 Bern

Vorbemerkung

Die vorliegende Arbeit fasst die Ueberlegungen zusammen, die zur Formulierung eines Ordnungsrahmens für die empirische Untersuchung der Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Einrichtungen geführt haben. Im Zentrum dieser Untersuchung stehen die Fragen, wie Menschen ihre Entscheidung begründen, zu einem Arzt zu gehen, und welche Faktoren für diese Entscheidung von Bedeutung sind, wobei dem Stellenwert unterschiedlich strukturierter Versorgungsregionen die besondere Aufmerksamkeit gilt. Die Untersuchung dieser Fragen erfolgt im Rahmen eines Forschungsprojektes, das vom Schweizerischen Nationalfonds gefördert wird.

Im einzelnen werden zwei Ziele verfolgt: Einmal soll eine kurze Zusammenstellung der wichtigsten Ansätze in der umfangreichen Inanspruchnahme-Literatur einen Einblick in einen in der Schweiz wenig bearbeiteten Bereich der Medizinsociologie geben. Zum anderen wollen wir den für unsere empirische Untersuchung entwickelten Ordnungsrahmen zur Beschreibung der Handlungs-Entscheidung vorstellen und diskutieren. Aufgrund dieser Zielvorgaben weist der Artikel folgende Gliederung auf: In einem ersten Teil werden wichtige Ansätze in den vorwiegend amerikanischen Arbeiten zum Thema "Inanspruchnahme" vorgestellt und aufgezeigt, wie sich diese in schweizerischen Arbeiten aus jüngster Zeit niedergeschlagen haben. In einem zweiten Teil werden aus der Entscheidungsliteratur bekannte Ansätze kritisch referiert und im dritten Teil der Ordnungsrahmen dargestellt, welchen wir unserer empirischen Arbeit zugrundelegen. Im vierten Teil werden die Ueberlegungen zusammengefasst und in Form eines knappen Ausblicks Bemerkungen zur Operationalisierung gemacht.

1. Gesundheits- und Krankheitsverhalten und die Inanspruchnahme von ärztlichen Einrichtungen: Konzepte und Fragen

Das Aufsuchen eines Arztes und die Entscheidung für diese Handlung stellen Aspekte des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens dar. Mit diesem Begriffspaar werden Handlungen, Orientierungen und Wertungen eines Individuums zusammengefasst, die darauf abzielen, Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten, sich mit aufgetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinanderzusetzen und sie zu bewältigen (Mechanic, 1978 ; Hendel-Kramer/Siegrist, 1979). Gesundheits- und Krankheitsverhalten umfasst somit die Art und Weise, wie Menschen mit ihrem Körper und ihrer Befindlichkeit umgehen, wie sie ihren Körper beobachten, wie sie gesundheitliche Veränderungen wahrnehmen und beurteilen, welche Handlungen zur Besserung sie unternehmen und wie sie Einrichtungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen.

Betrachtet man die vorliegende Literatur und besonders auch die empirischen Untersuchungen zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten wie auch zur Inanspruchnahme, so zeigt sich, dass in den letzten 20 Jahren, vorwiegend in den angelsächsischen Ländern, eine grosse Anzahl von Arbeiten vorgelegt worden sind. Hinsichtlich ihrer Aussagekraft und der Häufigkeit, mit der sie zitiert werden, erwähnen Becker und Maiman (1983) in ihrem Übersichtsreferat die Arbeiten von Andersen (1968), Anderson und Bartkus (1973), Antonovsky und Kats (1970), Fabrega (1973, 1974), Green (1975), Kasl und Cobb (1966a, 1966b), Kosa und Robertson (1975), Langlie (1979), Mechanic (1968), Rosenstock (1966) und Suchman (1965a, 1965b, 1966). Diese Arbeiten zeichnen sich durch eine grosse Heterogenität der Ansätze, Hypothesen und Befunde aus. So unterscheiden sie sich beträchtlich voneinander hinsichtlich ihrer theoretischen Grundlagen, hinsichtlich der Formen gesundheits- und krankheitsbezogenen Verhaltens, die sie zu erklären beanspruchen, sowie hinsichtlich der verwendeten Begriffe für bestimmte Variablen. Entsprechend vielfältig und wenig einheitlich fallen darum auch die Ergebnisse in bezug auf die Determinanten gesundheits- und krankheitbezogenen Verhaltens aus.

Konzentriert man sich auf den Bereich krankheitsbezogenen Verhaltens, so reflektiert die Heterogenität von Ansätzen und Ergebnissen die Schwierigkeiten, die sich theoretisch und empirisch stellen, wenn die Zusammenhänge zwischen psychischem Unwohlsein, körperlichen Symptomen und den Reaktionen auf der Handlungsebene untersucht werden sollen. Diese Zusammenhänge bezeichnet Mechanic als eines der kniffligsten Probleme beim Stu-

dium von Krankheit ; er macht aber auch auf die Notwendigkeit verschiedener Perspektiven aufmerksam, wenn er feststellt : "The study of illness behavior involves a wide range of approaches that illuminate aspects of experience and response. Approaches from varying angles come together to provide a richer picture of the fascinating complexity of how people experience and express discomfort" (Mechanic 1983, 591).

Angesichts der Vielzahl von Arbeiten mit verschiedenartigen Ansätzen, findet man in der vorliegenden Literatur auch Arbeiten mit einem systematisierenden Anspruch. Hervorzuheben sind dabei die Arbeiten von McKinlay (1972) und von Cummings, Becker und Maile (1980). In seinem Aufsatz konzentriert sich McKinlay auf Arbeiten, die sich mit dem Aufsuchen von medizinischen Einrichtungen befassen, und versucht sie zu systematisieren. Nach dieser Systematik lassen sich sechs Ansätze zur Erklärung der Inanspruchnahme von professionellen medizinischen Einrichtungen unterscheiden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich diese Ansätze selten in reiner Form finden; sie stellen vielmehr markante Stossrichtungen dar, denen einzelne Arbeiten jeweils verpflichtet sind :

- der ökonomische Ansatz, in dem die Kosten medizinischer Dienste als wichtigster Faktor für deren Inanspruchnahme im Vordergrund stehen ;
- der sozio-demographische Ansatz, in dem die Bedeutung von demographischen und sozialen Merkmalen (z.B. Alter, Geschlecht, Religion, Ethnizität, sozio-ökonomischer Status) für die Nutzung medizinischer Dienste betont wird ;
- der geographische Ansatz, in dem auf die räumliche Nähe medizinischer Dienste als bedeutsame Determinante für das Aufsuchen solcher Einrichtungen fokussiert wird ;
- der sozial-psychologische Ansatz, nach dem die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen im wesentlichen von drei Faktoren abhängt : den Bedürfnissen und der Motivation einer Person ; der Wahrnehmung der Welt durch eine Person; den Lernprozessen, die eine Person durchlaufen hat ;
- der sozio-kulturelle Ansatz, nach dem das Inanspruchnahmeverhalten ganz wesentlich durch Werte und Normen bestimmt wird, die in sozio-kulturellen Gruppen ausgebildet werden ;
- der Organisationsansatz, in dem die Inanspruchnahme nicht nur von personenbezogenen Merkmalen abhängt, sondern auch von Bedingungsfaktoren auf der Angebotsseite, v.a. von

der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von medizinischen Einrichtungen.

Die Tatsache ignorierend, dass die vorliegenden Arbeiten unterschiedlichen theoretischen Ansätzen verpflichtet sind, versuchen Cummings, Becker und Maile (1980) einen vereinheitlichten konzeptuellen Rahmen für die Erklärung von gesundheits- und krankheitsbezogenen Verhalten zu entwickeln. Sie wählten folgendes empirisches Vorgehen : Die Autoren legten 8 von 11 in den USA lebenden Verfassern der erwähnten wichtigen Untersuchungen 109 Variablen vor, die aus diesen Arbeiten extrahiert worden waren, und baten sie, diese Variablen zu vergleichen und sie nach dem Grad ihrer Uebereinstimmung zu klassifizieren. Mit Hilfe einer nichtmetrischen multidimensionalen Skalermethode wurden die Daten mit dem Ziel ausgewertet, Klassen gleichartiger Variablen herauszuarbeiten, um mit diesen Hauptkomponenten zu einem vereinheitlichten konzeptuellen Rahmen zu gelangen. Die Analyse erbrachte sechs Hauptgruppen von Variablen :

- Wahrnehmung von Krankheit (perception of illness), und Bedrohung durch Krankheit (threat of disease), d.h. Variablen, die einerseits die Wahrnehmung und Beurteilung von Symptomen beinhalten und andererseits sich auf Reaktionen gegenüber Krankheitsanzeichen beziehen ;
- Wissen über Krankheit (knowlegde of disease), d.h. Variablen, die verschiedene Aspekte des Wissens und des Informiertseins über Krankheit umfassen, und zwar bezogen auf die jeweilige gesundheitliche Beeinträchtigung wie auch auf das allgemein verfügbare Gesundheitswissen entsprechend dem jeweiligen gesellschaftlichen Entwicklungsstand ;
- Soziales Netzwerk (social network), d.h. Variablen, die sich erstens auf soziale Interaktionsmuster beziehen und zweitens auf soziokulturelle Charakteristika wie eheliche Machtstruktur, inner- und ausserfamiliäre Kommunikation, Ausmass der Homogenität in den Sozialkontakten sowie drittens soziale Normen in bezug auf Gesundheit und Krankheit ;
- Demographische Variablen (demographic variables) wie individuelle Bildung, Familieneinkommen, aber auch Ethnizität ;
- Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (access to health care), d.h. Variablen, die sich zum einen auf die finanziellen Kosten beziehen, zum anderen die Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten umfassen. Ausserdem finden sich in dieser Gruppe auch Variablen, welche psychologische und soziale Aspekte beinhalten, die auf die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen einwirken (z.B Verfügen über einen

Hausarzt ; psychologische und/oder situative Barrieren gegenüber einer erwogenen Handlung).

Einstellung gegenüber der gesundheitlichen Versorgung und ihren Einrichtungen (attitude toward health care), d.h. Variablen, die Vorstellungen über Vorteile einer Behandlung beinhalten, aber auch über die Qualität des verfügbaren Angebots, ferner Variablen, in denen die individuellen Erfahrungen mit den jeweils verfügbaren Versorgungseinrichtungen zum Ausdruck kommen.

Mehrere Items, die in verschiedenen Arbeiten von Bedeutung sind, wurden nach diesem Verfahren keiner dieser Hauptgruppen zugeordnet, sondern bilden für sich kleinere Variablengruppen. Es handelt sich um Items, in denen die Unterstützung durch Freunde und Familie (support from friends and family) thematisiert wird, ferner um Variablen, die sich auf das Wissen über Gesundheitsdienste (knowledge about health services) beziehen, und schliesslich um Items, denen in verschiedenen Ansätzen eine auslösende Funktion im Bereich des Gesundheitsverhaltens zugeschrieben wird, wie z.B. die Items Kontrollüberzeugung (Locus of control), handlungsauslösende Ereignisse (cues to action), das Bedürfnis nach medizinischer Versorgung (need for medical care) sowie Angst (anxiety) und Glauben an den Wert guter Gesundheit (belief in value of good health).

Der Sachverhalt, dass solche Variablen oder Variablengruppen in dieser Arbeit gewissermassen nicht einzuordnende Restvariablen darstellen, verweist auf die Grenzen des Versuchs von Cumming, Becker und Maile. Die Autoren sehen diese Begrenzung selber, wenn sie ihren Versuch als einen ersten Schritt bezeichnen. Weitere Schritte umfassten die Ueberprüfung der Bedeutung ihres Bezugsrahmens für verschiedene Formen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens, bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen. Notwendig wäre, so betonen sie ferner, die Testung von Prozessen und Beziehungen zwischen den Variablen, die in den verschiedenen Modellen vorkommen (Becker, Maiman, 1983, 561), und eine Klärung der verschiedenen theoretischen Konzepte, die noch zu leisten ist.

Es kann somit festgehalten werden, dass ein einheitlicher Bezugsrahmen für die Erklärung der verschiedenen Aspekte des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und auch der Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen noch aussteht. Bei einer detaillierteren Analyse der verschiedenen Arbeiten aus diesem Bereich - vgl. z.B. die prägnante Zusammenfassung der wichtigsten Ansätze bei Becker, Maiman (1983, 540-558) und die synoptische Darstellung dieser Arbeiten bei Cummings, Becker und Maile

(1980, 126-131) - schälen sich aber drei Punkte heraus, die gewissmassen als gemeinsamer Nenner dieser Bemühungen bezeichnet werden können und die für die Konstruktion eines Ordnungsrahmens für empirische Untersuchungen zur Inanspruchnahme ärztlicher Einrichtungen von Bedeutung sind :

- Ein erster Punkt umfasst die Vorstellung, das Geschehen beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit als ein prozesshaftes zu verstehen und in verschiedene Phasen oder Stadien zu unterteilen.
- Ein zweiter Punkt steht in enger Beziehung mit dem ersten und beinhaltet den Sachverhalt, dass es von Entscheidungen des Individuums in den verschiedenen Stadien des prozesshaften Geschehens abhängt, was es jeweils tut oder nicht tut und ob es schliesslich einen Arzt aufsucht oder nicht.
- Ein dritter Punkt verweist auf die sozialen Bedingungen des Geschehens beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit ; solches Verhalten ist zwar als individuelles Verhalten zu fassen, das aber nicht nur durch die persönlichen Charakteristika eines Individuums, sondern auch durch die soziale Umgebung, in der es lebt, sowie durch die Interaktion dieser individuellen und sozialen Faktoren erklärt werden muss.

Betrachtet man die Arbeiten, die in jüngster Zeit zu verschiedenen Aspekten des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Schweiz vorgelegt worden sind, so fällt auf, dass alle Punkte dieses gemeinsamen Nenners in der einen oder anderen Weise ihren Niederschlag in diesen Arbeiten gefunden haben. Es handelt sich dabei um die empirischen Untersuchungen von Schär, Hornung und Gutscher (1984) zum Problem der Selbstmedikation, und von Buchmann, Karrer und Meier (1985) zu den sozialen Bedingungen gesundheitlichen Befindens und des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Zu erwähnen sind ferner die theoretisch-konzeptuellen Ausführungen von Heim und Willi (1986) in deren Lehrbuch zur psychosozialen Medizin.

Schär et al. legen ihren Untersuchungen ein (vereinfachtes) Ablaufschema des Krankheitsverhaltens zugrunde, das von der Wahrnehmung von Beschwerden bis zum Ende der Krankheitsepisode reicht. Dazwischen finden sich verschiedene Entscheidungssituationen, in denen zunächst die Frage beantwortet werden muss, ob und danach in welcher Form reagiert werden soll und bei welchen Instanzen Rat und/oder Hilfe gesucht wird. Weil sich die Autoren in der Darstellung auf diese Elemente des Prozesses beschränken, ergibt sich eine eher grobe Strukturierung, die überdies nicht weiter begründet wird; das Schema erfüllt aber seinen Zweck, plausibel zu machen, dass in der Regel der Arzt als

Beratungs- und Behandlunginstanz nicht auf "einem einigermassen linear und eindimensional angeordneten Weg erreicht wird" (Gutscher u.a., 1985, 241).

Besser begründet ist der Bezugsrahmen, der den Untersuchungen von Buchmann et al. zugrundeliegt. Auf der Grundlage von zwei zentralen theoretischen Annahmen, die zum einen die (unterschiedlichen) Chancen der Verarbeitung von Spannungszuständen beinhalten, und zum anderen die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft in Abhängigkeit von der sozialen Organisation der gesundheitlichen Versorgung postulieren, werden die Determinanten von Gesundheitsverhalten herausgearbeitet. Von herausragender Bedeutung in diesem Ansatz ist die sozioökonomische Position eines Individuums. In Abhängigkeit von der sozialen Lage zeigen sich unterschiedliche Orientierungen gegenüber Gesundheit und Krankheit und den Einrichtungen aus dem medizinischen Bereich. Verschieden sind ferner die sozialen Belastungen eines Individuums wie auch seine Ressourcen, damit umzugehen. Und schliesslich stehen die Wahrnehmung und Interpretation von Veränderungen der Befindlichkeit und die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit der sozialen Position eines Individuums.

Während die Bedeutung des Ansatzes von Buchmann et al. v.a. darin besteht, das individuelle Geschehen beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit auf seinem gesellschaftlichen Hintergrund zu verankern und abzubilden, liegt die Bedeutung der Ausführungen von Heim und Willi (1986) in der detaillierten Konzeptualisierung des Bewältigungsprozesses von gesundheitlichen Veränderungen durch ein Individuum. Auf der Grundlage global aufgezeigter Einflussgrössen für das Krankheitsgeschehen (biophysikalisches und psychosoziales Umfeld, Patient, Primärarzt/medizinische Institution) werden die Stufen des Bewältigungsvorgangs von der veränderten Befindlichkeit bis zum Ergebnis verschiedener (therapeutischer) Handlungen aufgezeigt wie auch auf den Stellenwert von psychosozialen bzw. medizinischen Ressourcen hingewiesen. Eine besondere Bedeutung wird dabei der Wahrnehmung von verändertem Befinden zugeschrieben, die der kognitiven Bearbeitung vorgelagert ist und in eine Phase der Vorbewältigung fällt, während der eigentliche Bewältigungsvorgang mit der kognitiven Bearbeitung und den daraus resultierenden Konsequenzen einsetzt.

Versucht man nun die für unsere Zwecke bedeutungsvollen Elemente dieser Ansätze zusammenzufassen, so lässt sich der Prozess der Auseinandersetzung mit aufgetretenen gesundheitlichen Problemen wie folgt beschreiben :

- *Problemwahrnehmung und -interpretation* : Charakteristisch für dieses Stadium ist das Auftreten von gesundheitlichen Veränderungen, die anzeigen, dass Abweichungen von dem Zustand eingetreten sind, den man als normal bezeichnen kann. Die Reaktion darauf hängt ab von der Art der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ("Symptome"), von ihrer Intensität, Dauer und Sichtbarkeit und schliesslich von den kognitiven und emotionalen Wertungen und Deutungen des betroffenen Individuums.

- *Versuche der Problembewältigung* : In diesem Stadium nimmt man an, dass man krank ist und etwas tun muss ; es beginnt also die Phase der Auseinandersetzung mit den aufgetretenen gesundheitlichen Problemen. Zwei Formen sind besonders wichtig : das Einholen von Informationen und Ratschlägen bei Laien (Partner, Verwandte, Freunde, Bekannte usw.) oder Angehörigen paramedizinischer Einrichtungen (z.B. Drogerien, Apotheken) und die Versuche, durch eigene Aktivitäten und Interventionen auf die Probleme einzuwirken, die Symptome zu lindern. Beides hängt ab von individuellen Erfahrungen und Kenntnissen in den Bereichen von Gesundheit und Krankheit.

- *Entscheidung zur Inanspruchnahme* : In diesem Stadium fällt die Entscheidung, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und damit in das professionelle medizinische System einzutreten. Dabei sind folgende Aspekte von Bedeutung : zunächst die Gründe für den Arztbesuch und darunter die Erwartungen, die damit verknüpft sind ; ferner die Erwartungen an die Beziehung zum Arzt als wichtigstes Moment für die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ; und schliesslich die Organisation des Gesundheitswesens und deren Wahrnehmung, d.h. v.a. das Vorhandensein, die Erreichbarkeit und die Zugänglichkeit ärztlicher Einrichtungen.

Die Beschreibung des Prozesses der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Bewältigung macht deutlich, dass ein Individuum im Verlauf dieses Prozesses immer wieder mit Handlungssentscheidungen konfrontiert ist. Dieser Sachverhalt ist in den vorliegenden Ansätzen mehr oder weniger vernachlässigt worden. Bevor unser Ordnungsrahmen zur Analyse der Inanspruchnahme von ärztlichen Einrichtungen dargestellt werden kann, soll darum die sozialwissenschaftliche Entscheidungsliteratur - in knapper Form - vorgestellt, typisiert und auf ihre Anwendbarkeit überprüft werden.

2. Handlungsentscheidungen im Lichte der sozialwissenschaftlichen Entscheidungsliteratur

Einer analytischen Systematik von Langenheder (1975) folgend, wird in der sozialwissenschaftlichen Entscheidungsliteratur zwischen drei Stossrichtungen unterschieden :

- den entscheidungs- und spieltheoretischen Ansätzen,
- den motivations- und lerntheoretischen Ansätzen,
- den sozialpsychologischen und soziologischen Ansätzen.

Die *entscheidungs- und spieltheoretischen Ansätze* stehen in enger Beziehung zur Oekonomie und angewandten Mathematik und stellen insgesamt ein einheitliches, geschlossenes System dar. Solche Ansätze konnten verschiedentlich in experimentellen Studien bestätigt werden. Bei der Uebertragung solcher Ansätze auf alltägliche Entscheidungen, zu denen das Inanspruchnahmeverhalten zu rechnen ist, erachten wir eine experimentelle Ueberprüfung grundsätzlich als eine starke Einschränkung der Gültigkeit und sind der Meinung, dass diese Ansätze kaum relevant sind.

Die *motivations- und lernpsychologischen Ansätze* stehen in enger Beziehung zur Individualpsychologie. Die verschiedenen Modelle zeigen kein einheitliches Bild. Grob wird zwischen zwei Theorierichtungen unterschieden: den Trieb-Habit-Theorien einerseits und den Wert-Erwartungs-Theorien andererseits.

Obwohl sich die verschiedenen Ansätze, die den *Trieb-Habit-Theorien* zuzurechnen sind, stark unterscheiden, ist ein Merkmal allen gemein : das zugrundeliegende Menschenbild ist mechanistisch, was zu einer stark reduktionistischen Sichtweise führt. Ausserdem ist das Inanspruchnahmeverhalten zu komplex, als dass man dieses aufgrund von nur beobachtbaren Verhaltensweisen beschreiben und erklären könnte. Deshalb wollen wir diese Theorien hier nicht weiter ausführen.

Demgegenüber sind die *Wert-Erwartungs-Theorien* kognitivistisch. Mit dem Begriff "kognitivistisch" umschreibt man alle innerpsychischen Prozesse, die nicht auf das emotionale Erleben ausgerichtet sind. Hypothetische Konstrukte, die der Verhaltensbeobachtung nicht zugänglich sind, wie "Wert" oder "Erwartung", werden zur Erklärung von Entscheidungsprozessen herangezogen. Kurt Lewin und Edward C. Tolman sind wohl die beiden ersten Vertreter dieser Theorierichtung.

Lewin (1951) legte seiner Feldtheorie folgende Annahmen zu grunde : Das Verhalten einer Person ist Funktion des Lebensrau-

mes. Der Lebensraum besteht aus der Person selbst und der psychologischen Umwelt wie sie von der Person wahrgenommen wird. Die Richtung des Verhaltens wird bestimmt durch das bestehende "Kraftfeld". Eine Region mit positiver Valenz stellt eine Anziehungskraft dar, eine Region mit negativer Valenz eine abstoßende Kraft. Ausser der Valenz einer Region ist auch die subjektive Wahrscheinlichkeit, d.h. der Grad der Gewissheit der Zielerreichung, von grosser Bedeutung.

Zur Erklärung menschlichen Verhaltens definiert Tolman (1951) drei Variablenklassen : die unabhängigen, die abhängige und die intervenierenden Variable(n). Bei den unabhängigen Variablen unterscheidet Tolman zwischen "Variablen aus der Vergangenheit" (Erfahrungen) und "gegenwärtigen Variablen" wie Stimulus-Situation, Triebzustände sowie individuelle Differenzierung (Alter, Geschlecht usw.). Die abhängige Variable ist die Handlung. Die intervenierenden Variablen sind hypothetische Erklärungsgrössen, die einerseits mit den unabhängigen und andererseits mit der abhängigen Variablen in Beziehung sind. Tolman nennt sechs zu unterscheidende Variablen : das Bedürfnissystem, die Vorstellung-Wert-Matrix, der unmittelbare Verhaltensraum, die Lokomotion, und der veränderte Verhaltensraum als Resultat der Lokomotion und des Lernens, die Fähigkeiten und das Temperament. Obwohl in beiden genannten Ansätzen die Entscheidungsthematik in grosser Breite erfasst wird, sind wir der Meinung, dass zwei wesentliche Aspekte - nämlich der Bezug zu emotionalen Prozessen und zu den gesellschaftlichen Bedingungen - zu kurz kommen.

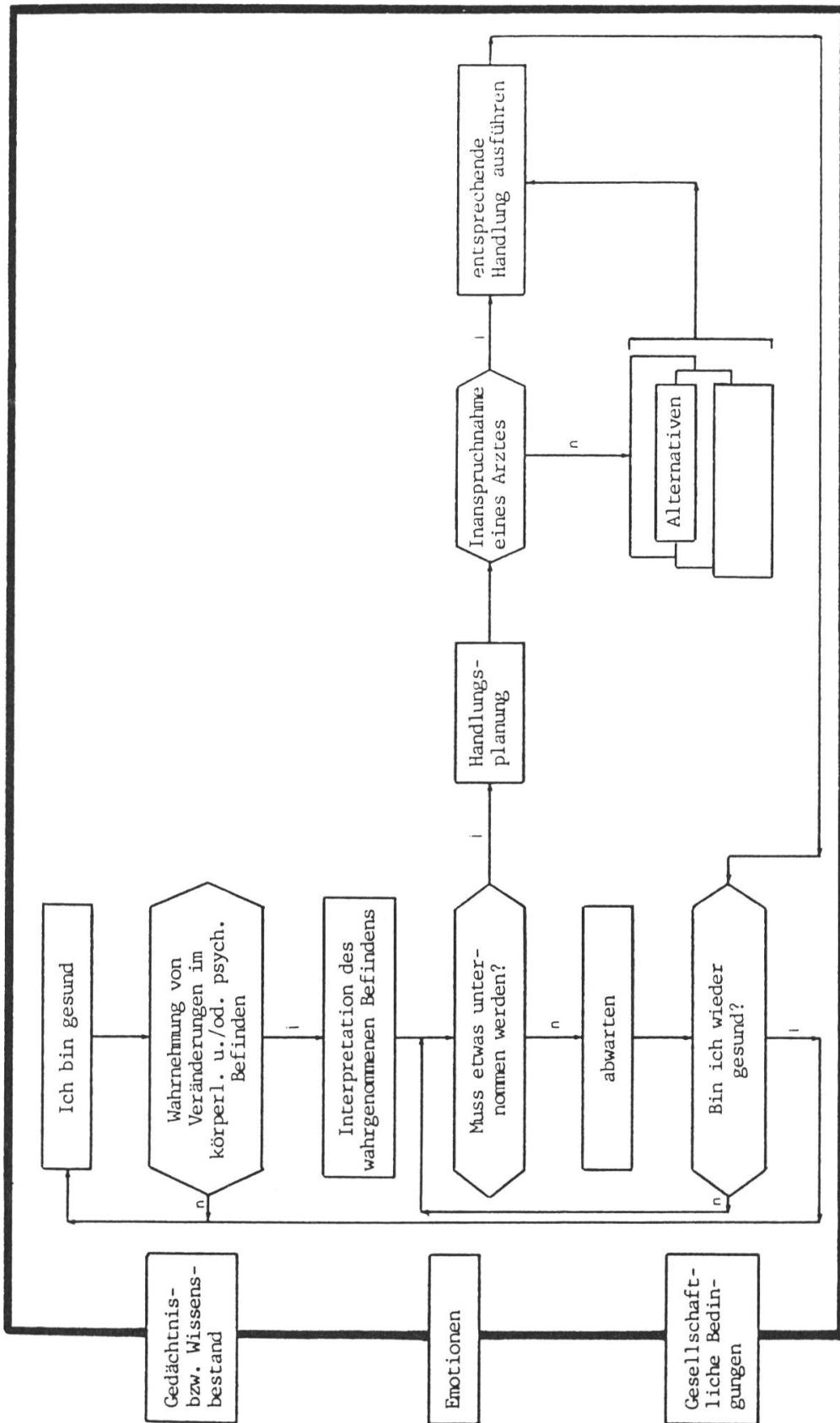
Die *sozialpsychologisch-soziologischen Ansätze* sind zum Teil eine Weiterführung der Wert-Erwartungs-Theorien, darüber hinaus wird aber versucht, die soziale Situation bei der Erklärung von menschlichem Verhalten einzubeziehen. Eine der umfassendsten Arbeiten zu diesem Thema stammt von Parsons (1951). In übersichtlicher Weise arbeitet Parsons die Beziehungen zwischen dem "kulturellen", dem "sozialen" und dem "personellen" System heraus. Die wichtigsten Elemente seiner Theorie sind :

- der Handelnde, der Gegenstand der Untersuchung ist ;
- die Handlungssituation, d.h. die Umwelt des Handelnden, wie er sie wahrnimmt ;
- die Orientierung des Handelnden, d.h. die Menge der Pläne und Wertungen, die der Handelnde mit der Situation verbunden. Es wird zwischen motivationaler- und Wertorientierung unterschieden. Die motivationale Orientierung richtet sich nach dem Bedürfnissystem der handelnden Person, die Wertorientierung beinhaltet situationsspezifische Normen.

Die Bedeutung der Ueberlegungen von Parsons wird für uns dadurch etwas gemindert, dass sein Ansatz auf der Ebene der Theorie und der Begriffsbestimmungen angesiedelt ist und er keine Anstrengungen unternommen hat, diesen Ansatz empirisch zu überprüfen. Entscheidender als diese Einschränkung ist aber die Verwandtschaft seines Ansatzes mit jenen von Lewin und Tolman. In allen drei Ansätzen sind die Umgebungsfaktoren sowie personale Gegebenheiten von relativ grosser Bedeutung. Die Unterschiede in der Konzeption der genannten Determinanten sind quasi nur von gradueller Natur.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass die Thematikierung von emotionalen Prozessen in allen hier referierten Konzepten fehlt. Diesen Aspekt haben Leventhal, Nerenz und Straus (1982) in ihrem Konzept aufgegriffen. Ausgangspunkt ist ein von Leventhal entwickeltes systemisches Emotionsmodell, dem die Annahme einer parallelen Informationsverarbeitung zugrundeliegt, wenn zwischen der emotionalen und kognitiven Informationsverarbeitung unterschieden wird. Beide Informationssysteme beeinflussen sich gegenseitig. Leventhal et al. haben dieses Informationsverarbeitungsmodell zur Klärung der Frage nach Selbstregulierung und Mechanismen zur Bewertung von Symptomen verwendet. Mit ihrem Ansatz konnten die Autoren zeigen, dass Emotionen auf Informations- bzw. Entscheidungsprozesse einwirken, so dass diese Komponente nicht vernachlässigt werden darf. Es ist aber zu bemerken, dass Leventhal et al. keinen Versuch unternommen haben, den von ihnen vorgeschlagenen Emotionsansatz mit der sozialen Position eines Individuums zu verbinden.

In der Folge soll nun dargestellt werden, wie auf der Basis der Werterwartungs-Theorien und der sozialpsychologisch-soziologischen Ansätze unter Einschluss des Emotionskonzeptes ein für unseren Zweck dienlicher Ordnungsrahmen konstruiert worden ist.



Grafik: Ablaufschema der Handlungsentscheidung "Aufsuchen eines Arztes"

3. Konstruktion eines Ordnungsrahmens zur Beschreibung und Erklärung des Handlungs-Entscheidungs-Prozesses "Aufsuchen eines Arztes"

Grundlagen für die Konstruktion eines Ordnungsrahmens stellen einmal die umfassenderen Ansätze zur Erklärung der Inanspruchnahme ärztlicher Einrichtungen ebenso wie die vorgestellten entscheidungstheoretischen Konzepte dar ; zum anderen aber auch die Zielsetzungen des Projekts, für das dieser Ordnungsrahmen entwickelt wurde und in dem zwei Fragen im Mittelpunkt stehen :

- Wie und wann entscheiden sich Personen, zu einem Arzt zu gehen ?
- Inwieweit unterscheiden sich dabei Personen aus städtischen bzw. ländlichen Regionen ?

Mit der ersten Frage interessieren wir uns für die Art und Weise wie auch für die zeitliche Strukturierung der Entscheidungsfindung, der wir grosse Bedeutung zumessen, weil wir damit den prozesshaften Charakter der Entscheidungssituation betonen.

In der zweiten Frage steht das Problem im Zentrum, inwieweit Versorgungsunterschiede die Entscheidung beeinflussen, einen Arzt aufzusuchen. Wir können dabei davon ausgehen, dass sich Regionen bezüglich psychosozialer Gegebenheiten, kultureller, wirtschaftlicher und medizinischer Ressourcen unterscheiden (Schuler, Nef 1983).

Ausgangspunkt für die Klärung beider Fragestellungen ist der von uns entwickelte Ordnungsrahmen, bei dem - entsprechend den vorgestellten Überlegungen - folgende *Vorgaben* gemacht wurden:

- Der Ordnungsrahmen dient zur Beschreibung und Erklärung von solitären Entscheidungen ; d.h. die Entscheidung wird von einem einzelnen Individuum für sich selbst getroffen, was aber nicht heisst, dass das Individuum vor seiner Entscheidung keine anderen Personen kontaktiert. Außerdem handelt es sich bei solchen Entscheidungen um Alltagshandlungen, die aber nicht habitualisiert sind.
- Die Entscheidungsfindung wird grundsätzlich als Prozess verstanden.

- Entscheidungs- bzw. Handlungsalternativen werden vorausgesetzt.
- Wir unterscheiden zwischen mittelbaren und unmittelbaren Parametern für die Handlungsentscheidung. Zu den mittelbaren Parametern zählen das soziale Umfeld, die kulturellen Gegebenheiten, persönliche Erfahrungen sowie die medizinische Versorgungsstruktur. Unmittelbare Parameter sind die zum Zeitpunkt der Entscheidung geltenden Kontextbedingungen wie die Wahrnehmung und Interpretation von Befindlichkeitsveränderungen, die momentane emotionale Verfassung (z.B. das Ausmass an durch das Geschehen ausgelöster Angst), die Aktualisierungen von Wissen und die verfügbaren Bewältigungsstrategien.

Diesen Vorgaben entsprechend haben wir einen Ordnungsrahmen konstruiert, der in einer Grafik veranschaulicht wird. Den Ausgangspunkt bildet dabei die Wahrnehmung von aufgetretenen gesundheitlichen Veränderungen, die Abweichungen von dem Zustand darstellen, den ein Individuum als normal bezeichnet. Das Wahrnehmen solcher Veränderungen schreiben wir - in Anlehnung an von Cranach und Ochsenbein (1985) - einem Selbstüberwachungssystem zu. Auf die Wahrnehmung folgt die Interpretation der körperlichen oder psychischen Veränderungen und danach steht das betroffene Individuum unmittelbar vor der Entscheidung, etwas zu tun oder (noch) nichts zu unternehmen, was in der Grafik mit den Kästchen "Handlungsplanung" bzw. "Abwarten" gekennzeichnet wird. Mit Handlungsplanung meinen wir die Gesamtheit der Ueberlegungen, Vorstellungen und Erwartungen bezüglich des aktuellen Handelns. Für unseren Zusammenhang von besonderem Interesse ist die Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen, doch sind prinzipiell auch Alternativen denkbar, wie z.B. die Verwendung von Hausmitteln, die Beratung und Informationssammlung im Laiensystem (Partner, Freunde, Bekannte usw.) oder im paramedizinischen Bereich (Drogerie, Apotheke, Heilpraktiker). Zu betonen ist ferner, dass im konkreten Fall das Geschehen keineswegs geradlinig ablaufen muss, sondern der Auseinandersetzungsprozess mit aufgetretenen Befindlichkeitsveränderungen einzelne Schritte mehrfach durchlaufen kann. Das gilt z.B. für den Fall, dass sich ein Individuum zunächst entscheidet, noch abzuwarten, oder wenn es erst mal versucht, Hausmittel zu verwenden, und diese Handlungen nicht zum Erfolg führen, so dass erneut eine Entscheidung ansteht.

Die Wahrnehmung einer Befindlichkeitsveränderung und deren Interpretation wie auch die Frage, welche Handlungen erwogen werden und welche tatsächlich zur Ausführung kommen, hängt von verschiedenen Faktoren ab, die bei all diesen Schritten mittel-

bar die Entscheidungsfindung beeinflussen. Wie aus der Grafik hervorgeht, handelt es sich dabei um die Emotionen, den Gedächtnis- und Wissensbestand und die gesellschaftlichen Bedingungen:

- Emotionen und Affekte beeinflussen das Geschehen bei der Auseinandersetzung mit Befindlichkeitsveränderungen von der Wahrnehmung, über die Interpretation bis hin zur Handlungsplanung und -ausführung. Auf all diese Schritte des Entscheidungsprozesses wirken Emotionen energetisierend, d.h. Emotionen können diesen Prozess hemmen oder beschleunigen oder gar verhindern.
- Mit Gedächtnis- und Wissensbestand sind das Wissen, die Orientierungen und die Erfahrungen gemeint, über die ein Individuum verfügt. Er dient als individueller Erfahrungsspeicher, auf den Personen, die vor einer Entscheidung stehen, immer dann zugreifen, wenn die Durchführung von Vergleichsoperationen als nützlich erscheint. Das gilt z.B. für die Interpretation gesundheitlicher Veränderungen ("Habe ich das schon mal gehabt ?") wie auch bei der Handlungsplanung, wenn auf Erfahrungen bei der Bewältigung von vergangenen Krankheitsepisoden zurückgegriffen werden kann.
- Von Bedeutung sind schliesslich auch die gesellschaftlichen Bedingungen und zwar in zweierlei Hinsicht: zum einen in Form der sozialen Lage eines Individuums und der damit verknüpften materiellen und immateriellen Ressourcen. Zum anderen in Form des jeweiligen Angebots an ärztlichen Einrichtungen sowie deren Organisation und Zugänglichkeit. Während der erste Aspekt die Erfahrungen, Einstellungen, Orientierungen und das Wissen im Bereich von Gesundheit und Krankheit von Individuen beeinflusst, mithin den Gedächtnis- und Wissensbestand, wirkt sich der Sachverhalt, ob und in welchem Ausmass ärztliche Einrichtungen verfügbar sind, sogar unmittelbar auf die Handlungsplanung aus.

Es kann somit gesagt werden, dass im Mittelpunkt des Ordnungsrahmens der Prozess von Handlungsentscheidungen steht, mit dem Menschen konfrontiert sind, wenn sie Befindlichkeitsveränderungen bei sich wahrnehmen. Dieser Prozess ist eingebettet in die jeweilige Biographie und die soziale Lage eines Individuums und wird durch beides beeinflusst. Von Bedeutung ist ferner die Versorgungssituation mit ärztlichen Einrichtungen, weil das die Chancen eines Individuums beeinflusst, solche Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Als bedeutsamer Einflussfaktor hervorzuheben ist schliesslich noch der Bereich der Emotionen, die gewissermassen als Begleitmelodie dem gesamten Prozess von Handlungs-

entscheidungen unterlegt sind und sich auf die Art und Weise der Auseinandersetzung mit den Befindlichkeitsveränderungen auswirken.

Vergleicht man den hier vorgestellten Ordnungsrahmen zur Beschreibung und Erklärung des Handlungs-Entscheidungs-Prozesses "Aufsuchen eines Arztes" mit den weiter oben präsentierten Ansätzen von Heim und Willi einerseits und Buchmann et al. andererseits, so ist folgendes festzuhalten :

Im Unterschied zu Heim und Willi (1986), die den Bewältigungsprozess in ihrem Modell sehr weit fassen, wenn sie diesen mit dem Auftreten von verändertem Befinden beginnen lassen, interessieren wir uns für die Zeitspanne vor der eigentlichen Bewältigungsphase (bei Heim und Willi als "Vorbewältigung" bezeichnet) und rücken somit die verschiedenen Formen der Entscheidungsfindung ins Zentrum unserer Betrachtung. Grundsätzlich zeigen sich zwischen dem hier vorgestellten Ordnungsrahmen und dem Bewältigungsmodell von Heim und Willi Uebereinstimmungen. Unterschiede bestehen aber einmal in der Bewertung der verschiedenen Krankheitsphasen, die bei Heim und Willi danach klassifiziert werden, in welchem Ausmass medizinisch-institutionelle Verhaltensregeln erfüllt werden, während wir versucht haben, diesen institutionellen Bias zu vermeiden ; und zum anderen darin, dass der Bewältigungsprozess bei Heim und Willi v.a. als individuelles Geschehen konzipiert ist und die Konsequenzen der Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Schichten für diesen Prozess nicht thematisiert werden.

In der Betonung der Bedeutung der Position eines Individuums innerhalb der Sozialschichtung für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit liegt demgegenüber die Stärke des Ansatzes von Buchmann et al. (1985). Ueberhaupt zeichnet sich dieser Ansatz durch die präzise theoretische Verankerung der relevanten Determinanten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens aus, doch bleibt er - entsprechend den ihm inhärenten Fragestellungen - für unsere Zwecke zu stark der soziologischen Ebene verhaftet und vernachlässt die mehr sozialpsychologischen Dimensionen. Vor diesem Hintergrund lässt sich der von uns konstruierte Ordnungsrahmen zur Erfassung von Handlungsentscheidungsprozessen im Bereich von Gesundheit und Krankheit als Versuch interpretieren, die soziologischen und die sozialpsychologischen Dimensionen miteinander zu verknüpfen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit haben wir versucht, einen Ordnungsrahmen darzustellen und zu begründen, den wir für eine empirische Untersuchung der Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Einrichtungen in städtischen und ländlichen Regionen konstruiert haben. Die Durchsicht der vorhandenen Literatur zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten und zur Inanspruchnahme von ärztlichen Einrichtungen aus den angelsächsischen Ländern erwies sich als wenig befriedigend, weil in einer Vielzahl von Arbeiten mit unterschiedlichen Ansätzen entsprechend vielfältige und widersprüchliche Ergebnisse eher Verwirrung stiften als der Klärung dienen. Immerhin zeichnete sich in der vorliegenden Literatur auch so etwas wie ein gemeinsamer Nenner ab. Dieser umfasst die Vorstellung, das Geschehen beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit als ein prozesshaftes zu begreifen, in dem das betroffene Individuum immer wieder mit Entscheidungen konfrontiert ist, ob und welche Handlungen es ausführen oder unterlassen soll. Ferner umfasst er die Vorstellung, dieses individuelle Geschehen auf der Grundlage der jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen zu situieren, wobei die soziale Lage eines Individuums und die medizinische Versorgung als zuständige gesellschaftliche Institution in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind. Beide Aspekte stellen zentrale Bestandteile des von uns entwickelten Ordnungsrahmens dar.

Abschliessend sollen noch einige Bemerkungen zur Art und Weise gemacht werden, wie wir diesen Ordnungsrahmen für die empirische Untersuchung der Inanspruchnahme von Arztpraxen anwenden werden. Entsprechend unseren Fragestellungen haben wir uns bei der Operationalisierung dieses Bezugsrahmens und der Formulierung der Leithypothesen auf den Zusammenhang von innerpsychischem Geschehen und gesellschaftlichen Bedingungen konzentriert. Dabei stehen zwei Aspekte im Vordergrund: einerseits Stadt-Land-Unterschiede in der Versorgung mit Arztpraxen und andererseits schichtspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme einer Arztpraxis.

Stadt-Land-Unterschiede werden in zwei Leithypothesen thematisiert. Eine erste beinhaltet den Sachverhalt, dass in Gebieten mit geringer Dichte an Arztpraxen der Arztbesuch länger hinausgeschoben wird. In einer zweiten Leithypothese werden eher soziokulturelle Unterschiede angesprochen, die sich auf das Vorhandensein von volksmedizinischem Wissen und entsprechender Praktiken beziehen: Wo solches Wissen und solche Praktiken (noch) vorhanden sind, wird der Arztbesuch länger hinausgeschoben.

Schichtspezifische Unterschiede werden in zwei weiteren Leithypothesen thematisiert. Eine erste besagt, dass wenn Angehörige der Unterschicht dazu neigen, gesundheitliche Beeinträchtigungen solange wie möglich zu ignorieren, sie auch einen Arztbesuch länger hinausschieben als Angehörige der Mittel- und Oberschicht. Und in einer zweiten Leithypothese dazu wird die soziale Distanz zur Medizin und ihren Repräsentanten thematisiert, die bei Angehörigen der Unterschicht grösser ist als für Angehörige der Mittel- und Oberschicht, mit der Konsequenz, dass Angehörige der Unterschicht einen Arztbesuch länger hinauszögern.

In weiteren Hypothesen wurden verschiedene Aspekte des Auseinandersetzungsprozesses und der damit verknüpften Handlungsentscheidungen formuliert. Sie betreffen die Bedeutung von die Alltagsroutine beeinträchtigenden Funktionseinschränkungen, die Angst vor der Aufklärung durch den Arzt, die Erwartungen an den Prozess und das Ergebnis der Arztkonsultation und die Beziehung zum Arzt, zu den Erfahrungen mit Aerzten, zum Vorhandensein eines Hausarztes, zur Selbstmedikation und schliesslich zum Stellenwert einer bedeutsamen Bezugsperson im sozialen Netzwerk für das Aufsuchen eines Arztes. Durch die Anlage der Studie liegt aber der Schwerpunkt der Untersuchungen auf dem Stadt-Land-Vergleich und den schichtspezifischen Unterschieden beim Inanspruchnahmeverhalten.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSEN Ronald (1968), A behavioral model of families' use of health services, Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Chicago.
- ANDERSON James G., BARTKUS David E. (1973), "Choice of medical care : a behavioral model of health and illness behavior", Journal of Health and Social Behavior, 14, 348-62.
- ANTONOVSKY Aaron, KATS Robert (1970), "The model dental patient: an empirical study of preventive health behavior", Social Science and Medicine, 4, 367-79.
- BECKER Marshall H., MAIMAN Lois A. (1983), "Models of Health-Related Behavior", in MECHANIC David, Ed., Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions. Free Press, New York, 539-68.
- BUCHMAN Marlis, KARRER Dieter, MEIER Rosmarie (1985), Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Paul Haupt, Bern und Stuttgart.
- CRANACH Mario v., OCHSENBEIN Guy (1985), "Selbstüberwachungssysteme und ihre Funktion in der menschlichen Informationsverarbeitung", Schweiz. Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen, Bd. 44, Heft 4.
- CUMMINGS K.Michael, BECKER Marshall H., MAILE Marla C. (1980), "Bringing the models together: an empirical approach to combining variables

- uses to explain health actions", *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 123-45.
- FABREGA Horacio, Jr. (1973), "Toward a model of illness behavior", *Medical Care*, 11, 470-84.
- FABREGA Horacio, Jr. (1974), *Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective*, Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, Mass.
- GREEN Louis W. (1975), "Diffusion and adoption of innovations related to cardiovascular risk behavior in the public", in ENELOW Arthur J., HENDERSON John B., Ed., *Applying behavioral science to cardiovascular risk - proceedings of a conference*, American Health Association, Washington, D.C.
- GUTSCHER Heinz, HELMINGER Andrée, HORNUNG Rainer (1985), "Dimensionale Analyse von Ratsuch- und Behandlungsstrategien", *Sozial- und Präventivmedizin*, 30, 241-43.
- HEIM Edgar, WILLI Jürg (1986), *Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht*, Bd. 2, Klinik und Praxis, Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- HENDEL-KRAMER Annaliese, SIEGRIST Johannes (1979), "Soziale und psychische Determinanten des Krankheitsverhaltens", in SIEGRIST Johannes, HENDEL-KRAMER Annaliese, Hrsg., *Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore.
- KASL Stanislav V., COBB S. (1966a), "Health behavior, illness behavior, and sick role behavior, I Health and illness behavior", *Archives of Environmental Health*, 12, 246-66.
- KASL Stanislav V., COBB S. (1966b), "Health behavior, illness behavior and sick role behavior. II Sick role behavior", *Archives of Environmental Health*, 12, 531-41.
- KOSA John, ROBERTSON Leon S. (1975), "The social aspects of health and illness", in KOSA John, ZOLA Irving K., Ed., *Poverty and health: a sociological analysis*, Harvard University Press. Cambridge Mass., 40-79.
- LANGHENDER Werner (1975), *Theorie menschlicher Entscheidungshandlungen*, Enke-Verlag, Stuttgart.
- LANGLIE John K. (1977), "Social networks, health beliefs, and preventive health behavior", *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 244-60.
- LEWIN Kurt (1951), *Field Theory in Social Science*, Harper, New York.
- LEVENTHAL Howard, NERENZ David R., STRAUS Andrea (1982), "Self-Regulation and the Mechanisms for Symptom Appraisal", in MECHANIC David, *Symptoms, Illness Behavior, and Help-Seeking*, Prodist, New York, 55-86.
- MCKINLAY John B. (1972), "Some approaches and problems in the study of the use of services - an overview", *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 115-52.
- MECHANIC David (1968), *Medical sociology: a selective view*, Free Press, New York.
- MECHANIC David (1978), *Medical sociology: a comprehensive text*, Free Press, New York.

- MECHANIC David (1983), "The Experience and Expression of Distress: The Study of Illness Behavior and Medical Utilization", in MECHANIC David, Ed., *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*, Free Press, New York 591-607.
- PARSONS Talcott, SHILS Eduard (1951), *Toward a General Theory of Action*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- ROSENSTOCK I.M. (1966), "Why people use health services", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (part 2), 94-124.
- SCHÄÄHAR Meinrad, HORNUNG Rainer, GUTSCHER Heinz 1984), Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8, Erster Forschungsbericht, Zürich.
- SCHULER Martin, NEF Rolf (1983), Räumliche Typologien des Schweizerischen Zentren-Peripherien-Musters, Arbeitsbericht 35, Bern, Nationales Forschungsprogramm "Regionalprobleme in der Schweiz".
- SUCHMAN Edward A. (1965a), "Social patterns of illness and medical care", *Journal of Health and Social Behavior*, 6, 2-16.
- SUCHMAN Edward A. (1965b), "Stages of illness and medical care", *Journal of Health and Social Behavior*, 6, 114-28.
- SUCHMAN Edward A. (1966), "Health orientation and medical care", *American Journal of Public Health*, 56, 97-105.
- TOLMAN Edward C. (1951), "A Cognition Motivation Model", *Psychological Review*, 59, 384-400.