

PROJEKLEITUNG: REF. I B 3

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG

DER ARZTBESUCH ALS TEILASPEKT DES KRANKHEITSVERHALTENS.  
ANSATZ ZU EINER THEORETISCHEN KLÄRUNG  
Literaturarbeit

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 1.2.6

1973



Der Arztbesuch als Teilaspekt des Krankheitsverhaltens  
- Ansatz zu einer theoretischen Klärung -

D. SCHMÄDEL

### 1. Nähere Beschreibung des Themas

Thema der vorliegenden Arbeit ist der Besuch der Praxis eines allgemeinen oder eines Facharztes durch einen Patienten, also einer Person, die dem Arzt als Grund des Besuches eine subjektiv wahrgenommene Gesundheitsstörung angibt und ihm damit ein Symptomangebot macht.

Thema der vorliegenden Arbeit sind demnach z.B. nicht der Arztbesuch aus Vorsorgegründen, der Arztbesuch aufgrund ärztlicher Anordnung, sowie der Arztbesuch der lediglich dazu dient ein ärztliches Rezept für bereits verordnete Medikamente abzuholen.

Für diesen so eingegrenzten Arztbesuch soll die Frage geklärt werden: "Welche verursachenden Faktoren sind dafür verantwortlich, daß das Krankheitsverhalten bestimmter Personen bzw. Personengruppen den Arztbesuch mit einschließt bzw. nicht mit einschließt?" Dabei wird der Arztbesuch als eine Möglichkeit des Krankheitsverhaltens bei subjektiv wahrgenommener Gesundheitsstörung angesehen. MECHANIC führt zum Konzept des Krankheitsverhaltens (Illness Behavior) aus: "By this term we refer to the ways in which given symptoms may be differentially perceived, evaluated, and acted (or not acted) upon by different kinds of persons. Whether by reason of earlier experiences with illness, differential training in respect to symptoms, or whatever, some persons will make light of symptoms, shrug them off, and avoid seeking medical care; others will respond to the slightest twinges of pain or discomfort by quickly seeking such medical care as is available. In short, the realm of illness behavior

falls logically and chronologically between two major traditional concerns of medical science: etiology and therapy. Variables affecting illness behavior come into play prior to medical scrutiny and treatment, but after etiological processes have been initiated. In this sense, illness behavior even determines whether diagnosis and treatment will begin at all."<sup>1)</sup>, 2)

Neben dem Arztbesuch ergeben sich als Möglichkeiten des Krankheitsverhaltens auch die Negierung der subjektiv wahrgenommenen Symptome, die Selbstmedikation mit oder ohne Beratung durch das Laiensystem (Verwandte, Apotheker, Bekannte, etc.) - wobei sich Arztbesuch und Selbstmedikation nicht ausschließen müssen - sowie der Besuch eines nichtärztlichen Therapeuten etwa eines Heilpraktikers, deren Anspruch auf therapeutischen Gehorsam unter Umständen in gleicher Weise wie der des Arztes erfüllt wird.

Besondere Aufmerksamkeit werden wir im Rahmen unseres Themas dem unterlassenen <sup>1</sup>Arztbesuch widmen. Die Erklärung des unterlassenen Arztbesuches kann seinerseits allerdings nur aus einem allgemeinen Erklärungsmodell des Arztbesuches erfolgen.

## 2. Der allgemeine Ansatz zur Erklärung des Krankheitsverhaltens Arztbesuch

Die Fülle der Einzelfaktoren, die als Ergebnis empirischer Untersuchungen für relevant bei der Inanspruchnahme bzw. Nichtinanspruchnahme ärztlicher Hilfe bezeichnet wurden - einen Überblick geben PFLANZ<sup>3)</sup> und MCKINLAY<sup>4)</sup> - fordert dazu auf, sich Gedanken über einen allgemeineren theoretischen Rahmen zu machen, in den sich diese Einzelergebnisse einfügen lassen.

Selbstverständlich ist auch auf diesem Gebiet bereits gearbeitet worden.

McKINLAY<sup>5)</sup> geht bei seiner umfassenden Betrachtung der relevanten Literatur davon aus, daß folgende theoretischen Ansätze unterschieden werden können:

#### 1. Der ökonomische Ansatz

Die Kosten des Arztbesuches in Relation zu dem Einkommen des Arztbesuchers wird von einer ganzen Reihe von Autoren<sup>6)</sup> als der wesentliche Faktor angesehen, der darüber entscheidet, ob bei Auftreten von Krankheitssymptomen ein Arzt aufgesucht wird oder nicht. Da in der BRD der Arztbesuch keine direkten Kosten für den Arztbesucher erbringt, außer er ist nicht pflicht- oder freiwillig versichert, scheidet dieser Ansatz bei unseren Betrachtungen aus.

#### 2. Der sozio-demokratische Ansatz

Zahlreiche amerikanische Untersuchungen<sup>7)</sup> haben erbracht, daß die Häufigkeit der Benutzung medizinischer Dienstleistungen direkt mit bestimmten demographischen und sozialen Merkmalen von Personengruppen zusammenhängt. Dies gilt als erwiesen für das Alter, das Geschlecht, die Religion, den Grad des Ethnozentrismus und dem sozio-ökonomischen Status. Teilweise können solche Zusammenhänge auch für die Bevölkerung der BRD nachgewiesen werden. So interessant diese Forschungsergebnisse sind, so sagen sie aber nichts über die Verursachung des verschiedenen Krankheitsverhaltens der jeweiligen Bevölkerungsgruppen aus, sondern bedürfen vielmehr ihrerseits einer kausalen Erklärung.

#### 3. Der geographische Ansatz

Als Hauptfaktor der Häufigkeit der Benutzung der medizinischen Dienste bzw. deren Nichtbenutzung wird bei diesem Ansatz die Entfernung zwischen Arzt und Patient angesehen. Aufgrund der Literatur kommt McKINLAY zu dem Schluß, daß dieser Faktor weder ein hinreichender noch ein wesentlicher Grund für die Benutzung bzw. Nichtbenutzung ärztlicher Dienste sei<sup>8)</sup>.

#### 4. Der sozialpsychologische Ansatz

Der sozialpsychologische Ansatz geht davon aus, daß das Verhalten Arztbesuch wie alles Verhalten hauptsächlich von drei Faktoren abhängt:

- 1) den Bedürfnissen einer Person,
- 2) der Wahrnehmung der Welt durch eine Person,
- 3) der Erfahrung einer Person, also den Lernprozessen, die eine Person im weitesten Sinne durchgemacht hat.

Dieser Ansatz hat sich nach MCKINLAY als sehr fruchtbar erwiesen und wesentliche Ergebnisse zum Problem Krankheitsverhalten allgemein und Benutzung ärztlicher Dienste speziell erbracht.<sup>9)</sup>

#### 5. Der soziokulturelle Ansatz

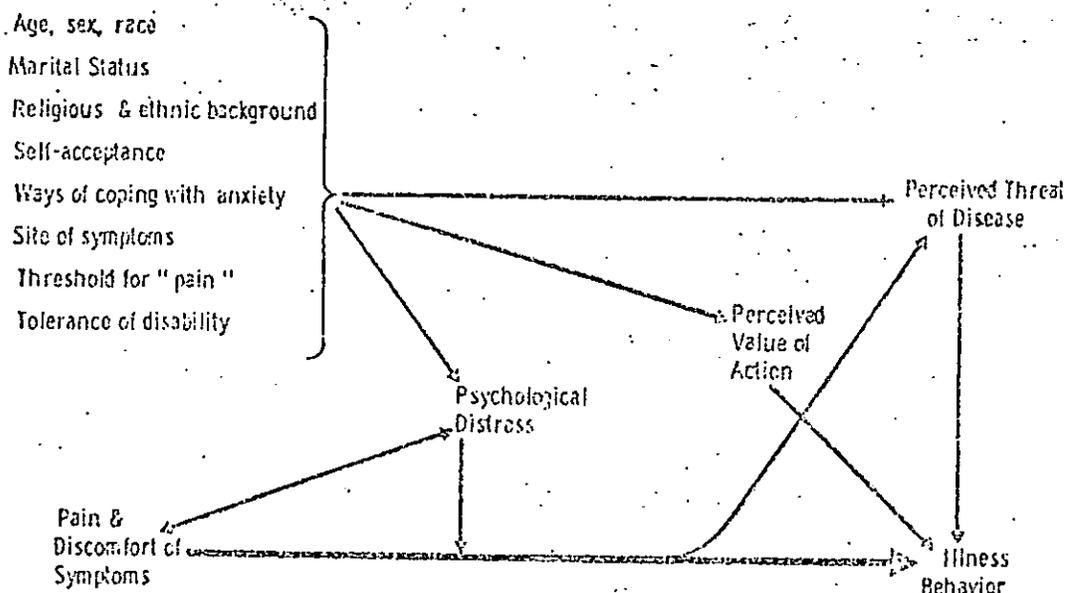
Der soziokulturelle Ansatz betrachtet das Krankheitsverhalten als Teil des Gruppenverhaltens. Die einzelnen Subgruppen der sozialen Systeme bilden nach diesem theoretischen Ansatz Werte und Normen aus, die das Krankheitsverhalten der Gruppenmitglieder im wesentlichen bestimmen. Die Ergebnisse auf die sich dieser Ansatz stützt, stammen vor allem aus Untersuchungen ethnischer Subgruppen, sowie aus Untersuchungen der verschiedenen Schichten der amerikanischen Gesellschaft. Ebenfalls als relevante Subgruppen kommen in Frage die Familie und die Freundes- und Bekanntschaftsgruppen, auf diesem Gebiet liegen allerdings nur vereinzelt Forschungsergebnisse vor<sup>10)</sup>.

#### 6. Der organisationstheoretische Ansatz

Dieser Ansatz geht davon aus, daß die medizinischen Dienstleistungen ein soziales und organisatorisches System bilden. Der Patient trifft also bei Benützung von ärztlichen Diensten nicht nur auf einen ärztlich ausgebildeten Menschen, sondern er trifft auf den Arzt, die Sprechstundenhilfe etc. als Funktionsträger des ärztlichen Dienstleistungssystems und wird daher auch mit bestimmten System-eigenschaften des medizinischen Dienstleistungssystems konfrontiert. Bestimmte Autoren<sup>11)</sup> nehmen nun an, daß diese Systemeigenschaften des medizinischen Dienstlei-

stungssystems wesentlichen Einfluß darauf hat, wer das System benutzt und wie hoch die Frequenz dieser Benutzung ist.

Einen guten graphischen Überblick über einen Großteil der Faktoren, die empirisch belegbar das Krankheitsverhalten und damit den Arztbesuch beeinflussen, gibt eine Graphik von KASL und COBB<sup>12)</sup>.



Der von uns vorgeschlagene theoretische Ansatz versucht drei der bei McKINLAY genannten Ansätze zu verbinden:

1. den sozialpsychologischen,
2. den sozio-ökonomischen und
3. den organisationstheoretischen.

Es wird versucht 1. zu zeigen, welche manifesten und latenten Bedürfnisse ein Arztbesuch decken kann, 2. die sozialen Bedingungen anzugeben unter denen zu erwarten ist, daß die genannten Bedürfnisse einerseits entstehen und andererseits realiter durch den Arztbesuch abzudecken versucht werden und schließlich 3. die sozialen und organisatorischen Barrieren zwischen Arzt und Patient aufzuzeigen, die trotz vorhandener Motivation zum Arztbesuch den realen Arztbesuch verhindern können.

Folgende Vorüberlegungen halten wir bei der Klärung des Krankheitsverhaltens Arztbesuch für wesentlich:

1. Der Arztbesuch ergibt sich nicht notwendigerweise aus dem Vorhandensein bestimmter Krankheitssymptome. Es muß vielmehr davon ausgegangen werden, daß absolute Gesundheit im Sinne von "ohne objektive Krankheitssymptome" in unserer Gesellschaft die Ausnahme ist.<sup>13) 14) 15)</sup>

Es kann angenommen werden, daß bei fast allen Mitgliedern unserer Gesellschaft bei einer gründlichen Untersuchung behandlungswürdige Krankheiten festgestellt werden könnten. Der ambulante Arztbesuch ist somit als vorwiegend sozial determiniert anzusehen.

2. Die Voraussetzung jedes Arztbesuchs im definierten Sinn ist ein Symptomangebot. Bis auf die wenigen Fälle von Simulation, die hier außer Betracht bleiben sollen, wird dieses Symptomangebot auf das subjektive Gefühl des Patienten zurückgehen, er sei nicht gesund.

3. Ein Arztbesuch im definierten Sinne erfolgt unter dem Gesichtspunkt, daß man vom Arzt etwas bekommt, sei es Zuspruch, medizinischer Rat, Medikamente oder sonst etwas.

Man besucht den Arzt nicht, um ihm etwas, z.B. Zuspruch oder einen Rat oder Lebenshilfe zu geben. Es heißt, Ärzte werden aus einer Nutzenerwartung im weitesten Sinne nicht aber aus altruistischen Gründen aufgesucht.

4. Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erfordert einigen Aufwand an Zeit, Energie und unter Umständen an Geld. Es entstehen also Kosten im allgemeinsten Sinn.

5. Die Entscheidung bei einer subjektiv als anormal empfundenen Gesundheitsstörung ärztliche Hilfe aufzusuchen bzw. nicht aufzusuchen stellt sich somit als ein Kosten-Nutzen-Problem im allgemeinsten Sinn dar.

Von diesen Vorüberlegungen ausgehend ergibt sich folgender theoretischer Ansatz:

1. Der Arztbesuch bzw. das Unterlassen des Arztbesuchs ist soziales Handeln. Nach WEBER soll soziales Handeln "ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist"<sup>16)</sup>, dabei kann "soziales Handeln (einschließlich des Unterlassens oder Duldens) ... orientiert werden am vergangenen, gegenwärtigen oder künftig erwarteten Verhalten anderer"<sup>16a)</sup>.

2. Der Arztbesuch bzw. der unterlassene Arztbesuch kann am besten von dem Idealtypus<sup>16b)</sup> "zweckrationales Handeln" aus erklärt werden. Zweckrationales Handeln liegt dabei nach WEBER dann vor, wenn das soziale Handeln bestimmt ist "durch Erwartungen des Verhaltens von Gegenständen der Außenwelt und von anderen Menschen und unter Benutzung dieser Erwartungen als Bedingungen oder als Mittel für rational als Erfolg erstrebte und abgewogene eigene Zwecke"<sup>17)</sup>. "Zweckrational handelt, wer sein Handeln nach Zweck, Mitteln und Nebenfolgen orientiert und dabei sowohl die Mittel gegen die Zwecke, wie

die Zwecke gegen die Nebenfolgen, wie endlich auch die verschiedenen Zwecke gegeneinander rational abwägt, also jedenfalls weder affektuell (und insbesondere nicht emotional) noch traditional handelt" <sup>17a)</sup>.

3. Es lassen sich Bedingungen (Grenzen) angeben, innerhalb derer sich das zweckrationale Handeln Arztbesuch bzw. unterlassener Arztbesuch abspielt.

4. Diese Bedingungen sind einmal durch die latenten manifesten Funktionen des Arztes für den Patienten im sozialen System der BRD zum anderen durch die Krankenrolle vorgegeben.

Von diesen theoretischen Voraussetzungen ausgehend, wollen wir nun versuchen unter dem Begriff Nutzen des Arztbesuches alle jene Faktoren zusammenzufassen, die jemanden dazu bringen könnten, zu einem Arzt zu gehen. Unter dem Begriff Kosten des Arztbesuches sind dann diejenigen Faktoren zusammengefaßt, die einen Gesundheitsgestörten trotzdem er sich von dem Arztbesuch einen Nutzen versprechen würde, davon abhalten können aber nicht müssen, einen Arzt aufzusuchen.

Es geht dabei nicht darum, ein psychologisches Modell zu entwerfen, wie es etwa bei ROSENSTOCK <sup>17a)</sup> und HOCHBAUM <sup>17b)</sup> geschieht. Wir wollen nicht fragen wie und warum jemand einerseits zu der Absicht einen Arzt aufzusuchen, kommt und wie und warum jemand andererseits von der Realisierung dieser Absicht unter Umständen Abstand nimmt. Unsere Absicht ist es vielmehr, die sozialen und sozialpsychischen Bedingungen anzugeben, bei denen es wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich ist, daß eine Person mit subjektiv wahrgenommenen Krankheitssymptomen einen Arzt mit welcher persönlichen Motivation auch immer aufsucht bzw. nicht aufsucht.

Aus unserer theoretischen Annahme, daß der Arztbesuch als zweckrationales, soziales Handeln beschrieben werden kann, ergibt sich nun der Ansatz zu einem vereinfachten Erklärungsmodell des Krankheitsverhaltens Arzt-Besuch.

Entscheidend, ob eine Person bei einer Gesundheitsstörung einen Arzt aufsucht oder nicht, ist:

- a) ob aufgrund der sozialen und sozialpsychischen Lage vermutet werden kann, daß ein Arztbesuch für diese Person irgendeinen Nutzen erbringen könnte
- b) das Ausmaß der aufgrund der sozialen und sozialpsychischen Lage zu vermutenden Kosten, die durch den Arztbesuch für eine Person entstehen können.

Dabei gilt, daß für den Arztbesuch die positive Nutzenserwartung eine unbedingt notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung ist. Die Kosten des Arztbesuches können, wenn sie hoch sind, einen Arztbesuch nur verhindern, sie können aber nicht ohne die positive Grundeinstellung einen Arztbesuch bewirken.

### 3. Die Möglichkeiten des Nutzens eines Arztbesuches in der BRD

#### 3.1 Die latenten und manifesten Funktionen des Arztbesuches

Will man klären, zu was ein Arztbesuch genützt werden kann, dann darf man nicht nur die manifesten Funktionen des Arztes für den Patienten in unserem Gesellschaftssystem betrachten, sondern man muß auch seine latenten Funktionen im Auge behalten. Bei der Zusammenstellung der manifesten und latenten Funktionen<sup>18)</sup> des Arztes für den Patienten muß davon ausgegangen werden, daß diese Funktionen in verschiedenen sozialen Systemen Unterschiede aufweisen, also von soziokulturellen Faktoren

abhängen<sup>19)20)21)22)</sup>, wir versuchen deshalb immer die speziellen Verhältnisse in der BRD im Auge zu behalten, auch wenn keine diesbezüglichen Forschungen vorliegen. Allerdings gehen wir hypothetisch davon aus, daß die Funktionen des Arztes in der BRD ähnlich den Funktionen sind, wie sie für andere soziale Systeme mit ähnlicher wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Struktur, etwa Amerika und England beschrieben wurden.

Die manifesten Funktionen des Arztes lassen sich aus der Rollenbeschreibung des Arztes, wie sie PARSONS<sup>23)24)</sup> gegeben hat und aus der Krankenrolle unschwer feststellen.

Es ergeben sich folgende manifeste Funktionen des Arztes für den Patienten:

- 1) Entscheidung, ob der Patient krank oder gesund ist, d.h. Zubilligung oder Verweigerung der Krankenrolle in ihren verschiedenen Ausformungen.
- 2) Benennung der Krankheit aufgrund seiner fachlichen Kompetenz.
- 3) Behandlung der Krankheit aufgrund seiner fachlichen Kompetenz.

Zu diesen manifesten Funktionen kommen noch die latenten Funktionen<sup>25)26)27)28)</sup>:

- 4) Hilfe bei der Bekämpfung der Angst vor der Krankheit.
- 5) Hilfe durch ein allgemein menschliches Verständnis in persönlichen Krisen, die mit Krankheitssymptomen verbunden sind.

Aus diesen manifesten und latenten Funktionen des Arztes für den Patienten ergeben sich folgende Nutzungsmöglichkeiten des Arztes durch einen Besuch seiner Praxis.

Der Arzt kann dazu benutzt werden:

- 1) Die Krankenrolle zu erlangen und mit unbezweifelnder Legitimität von sozialen Pflichten bis hin zur Arbeitspflicht befreit zu werden.
- 2) Gewißheit über die Art und die Schwere der Gesundheitsstörung zu erhalten.
- 3) Hilfe zu bekommen bei der Bekämpfung der Gesundheitsstörung.
- 4) Hilfe zu bekommen bei der Bekämpfung der Angst vor der Krankheit.
- 5) Hilfe zu bekommen in allgemeinen Krisensituationen, die mit Krankheitssymptomen verbunden sind.

Diese fünf Möglichkeiten aus dem Arztbesuch einen eindeutigen Nutzen zu ziehen, bedürfen der näheren Beschreibung, um ihrer Relevanz als verursachende Faktoren beim Arztbesuch deutlich zu werden.

### 3.2 Die Zuteilung und Legitimierung der Krankenrolle als Ziel eines Arztbesuches

Ohne auf den Streit, inwieweit Krankheit als abweichendes Verhalten bezeichnet werden kann<sup>29)</sup> einzugehen, kann festgestellt werden, daß Krankheit, insoweit sie sozial relevante Verhaltensweisen nach sich zieht zu einer Veränderung des normalen sozialen Verhaltens einer Person führt. Diese Veränderung kann mehr oder weniger stark sein. Sie wird aber immer in die Richtung gehen, die durch die Krankenrolle beschrieben wird. PARSONS<sup>30)</sup> nennt vier Aspekte der Krankenrolle:

- 1) Die Befreiung von den normalen Rollenverpflichtungen.
- 2) Der Kranke ist für seinen Zustand nicht verantwortlich, er kann für seine Krankheit nicht verantwortlich gemacht werden, man muß sich seiner annehmen.
- 3) Das Kranksein ist ein unerwünschter Zustand, es wird vom Kranken erwartet, daß er den Willen hat, möglichst bald gesund zu werden.

4) Der Kranke muß seinen Willen gesund zu werden beweisen, indem er alles zur Wiederherstellung seiner Gesundheit unternimmt, besonders indem er fachkundige Hilfe sucht und mit dieser kooperiert.

Von diesen vier Aspekten der Krankenrolle sind offensichtlich die ersten beiden in unserem Zusammenhang von besonderem Interesse. Sowohl die Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen, insbesondere der Verpflichtung zu arbeiten, als auch das Recht auf Hilfe sind in bestimmten Situationen eindeutige Vorteile. Diese Vorteile sind der "sekundäre Krankheitsgewinn" genannt worden.<sup>31)</sup> Die Verteilung dieses Krankheitsgewinns unterliegt der sozialen Kontrolle. Die erste Stufe der sozialen Kontrolle geschieht durch die jeweiligen Bezugspersonen und Bezugsgruppen, die entscheidende Kontrolle findet durch die mit dieser Kontrolle von der Gesellschaft beauftragte Person, den Arzt<sup>32)</sup>, statt. Das heißt, die endgültige und von niemandem mehr anzweifelbare Legitimation "krank zu sein" und damit die Vorteile der Krankenrolle in Anspruch nehmen zu können, kann nur der Arzt geben. Die ärztliche Legitimation ist zwar nicht in jedem Falle nötig, um in den Genuß der Krankenrolle zu kommen, aber ohne die ärztliche Legitimation ist die Krankheit einer Person jederzeit anzweifelbar, der Kranke befindet sich unter stetem Legitimationszwang.

Welches sind nun die Möglichkeiten, die Privilegien der Krankenrolle im täglichen Lebensvollzug zu nutzen. Durch die Kombination legitimer Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen und gleichzeitigem Recht auf Hilfe bietet sich die Krankenrolle als Lösung an, auf jede Art subjektiv empfundener und/oder objektiv gegebener sozialer Überlastung zu reagieren<sup>33)</sup>. Damit eröffnet sich natürlich ein fast unübersehbares Feld von möglichen Gründen, warum jemand die Krankenrolle anstreben könnte. Dabei muß aber betont werden, daß es sich hier bis auf wenige Ausnahmen

nicht um einen bewußten Akt der Flucht in die Krankheit und in die Krankenrolle, sondern um mehr oder weniger unbewußte Vorgänge handelt. So kommt etwa ZOLA<sup>34)</sup> auf Grund der Untersuchungen vom Patienten eines Ambulatoriums zu dem Schluß: "The analysis of patient decissois showed that even where serious and great debelitation were present, the decission was based on extra physical ground".

Dabei fällt bei einer Durchsicht der relevanten Literatur, die bei dem Ausmaß dieser Literatur notgedrungen unvollständig bleiben muß, daßes immer wieder die folgenden Faktoren sind, die mit einer Erkrankung im Sinne der Annahme der Krankenrolle verbunden sind und die mittelbar zum Arztbesuch führen.

1) Das Ausmaß der sozialen Isolation einer Person, etwa bei Studenten<sup>35)</sup> oder bei farbigen Amerikanern, die in vorwiegend weißen Gegenden wohnen bzw. umgekehrt bei weißen, die in vorwiegend schwarzen Gegenden wohnen<sup>36)</sup>, bei Einwanderern in der ersten, relativ sozial isolierten Zeit in neuem Land<sup>37)</sup>, bei Gefängnisinsassen<sup>38)</sup> und bei Arbeitern, die in ihrer Arbeitsgruppe isoliert sind<sup>39)</sup>.

2) Das Auftreten von Lebenskrisen im Leben einer Person, wobei diese Lebenskrise die verschiedensten Gründe haben kann. Unter Hinweis auf die Forschungen von LINDEMANN<sup>40)</sup>, KLEIN<sup>41)</sup>, PARAD und CAPLAN<sup>42)</sup> und SIFNEOS<sup>43)</sup> kommen STÖCKLE, ZOLA und DAVIDSON zu dem Ergebnis: "The occurence of a crisis may be the time when the individual with a clinical disorder calls for help and also the time when he is most prepared to receive it"<sup>44)</sup>. Für die Erkrankung an Tuberkulose stellt CHEN und COBB unter Anführung relevanter Literatur fest; "It seems that such drastic alterations in the patterns of interpersonal relation as are caused by loss of loved one, by sudden impoverishment ... may be associated with clinical tuberculosis"<sup>45)</sup>. An anderer Stelle

nennen sie Verlust des Arbeitsplatzes, Umzug in eine neue Gemeinde, finanzieller Stress als weitere Gründe<sup>46)</sup>. Wie sich Krisen im Arbeitsbereich auf die Krankmeldungen und damit auf den Arztbesuch auswirken können zeigt SOPP mit geradezu experimenteller Klarheit. SOPP berichtet von einem Versuch, der das Phänomen der Flucht in die Krankheit bei plötzlich drohender sozialer Desintegration zeigt. In einem Stahlwerk wurde das Gerücht ausgestreut, daß wegen der kritischen Auftragslage wahrscheinlich Kurzarbeit und Entlassungen bevorstünden. Das Ergebnis war ein deutliches emporschnellen der Krankmeldungen und der Unfälle. Dabei zeigte eine gründliche kontrollierende, ärztliche Zweituntersuchung aller Erkrankten, daß "nicht ein Fall von reiner Simulation" vorlag<sup>47)</sup>, d.h. die Flucht in die Krankheit aufgrund dieses Schocks geschah unbewußt. Aufgrund der Untersuchungen von 512 Familien in New York mit Hilfe eines Gesundheitstagebuches, das 28 Tage lang auszufüllen war, kommt ROGMANN und HAGGERTY zu dem Ergebnis, daß ein enger Zusammenhang zwischen Krankheit und Stress in den Familien besteht<sup>48)</sup>. Diese Ergebnisse werden durch die Arbeiten von GRAHAM und STEVENSON<sup>49)</sup> und RAHE<sup>50)</sup> weitgehend gestützt. Es scheint, daß die Krankenrolle eine Möglichkeit ist, den erhöhten Hilfsanspruch an die soziale Umgebung, der im Falle der Lebenskrise gestellt wird, zu befriedigen.

3) Stark überhöhte soziale Kontrollen und damit eine Verhinderung der Selbstentfaltung. Von FERBER geht ganz allgemein davon aus, daß "die soziale Krankenkasse die einzig legale Entlastungschance bereit (stellt), über die der einzelne Arbeitnehmer sich den schematischen Ansprüchen einer regorosen Arbeitsverfassung wenigstens auf Zeit erwehren kann"<sup>51)</sup>. Das diese Feststellung zumindest dort, wo die Selbstentfaltung des Arbeitnehmers deutlich in Frage gestellt ist, richtig ist, zeigen Untersuchungen von KELLNER<sup>52)</sup>, SOPP<sup>53)</sup>, SCHWARZENAUER<sup>54)</sup> und CADOUREK, GROFFEN<sup>54a)</sup>. Auf die

Benutzung der Krankenrolle als Entlastungsmöglichkeit in hoch kontrollierten, sozialen Verhältnissen weisen auch die Untersuchungen von FIELD<sup>55)</sup> über das Verhältnis von Arzt und Patient in der Sowjet-Union während der Stalin-Zeit, von WAITZKIN<sup>56)</sup> über die diesbezüglichen Verhältnisse in einem Staatsgefängnis und von LITTLE<sup>57)</sup> über den kranken Soldaten und den Sanitäts-offizier hin.

4) Verschiedene empirische Untersuchungen stützten die Annahme, daß die Krankenrolle zur Lösung sozialer Konflikte benutzt wird, entweder indem man sich aufgrund der Krankenrolle der Konfliktsituation entzieht, oder indem die Umwelt, mit der man in Konflikt steht, durch die Krankenrolle zu Reaktionen gezwungen wird, die den Konflikt lösen oder zumindest mildern. Für den Bereich Arbeitswelt liefern SOPP<sup>58)</sup>, KELLNER<sup>59)</sup> und ZIMMERMANN<sup>59a)</sup> Ergebnisse empirischer Erhebungen. PFLANZ<sup>60)</sup> schildert die Diskrepanz zwischen persönlichem Anspruchsniveau und Verwirklichungsmöglichkeiten als pathogenen Faktor, eine Diskrepanz, die ja auch den Konflikt eines Individuums mit seiner sozialen Umwelt signalisiert. CLARK<sup>61)</sup> zeigt im Rahmen einer Untersuchung des Krankheitsverhaltens innerhalb einer mexikanisch-amerikanischen Gruppe sehr schön, wie der Mechanismus "Lösung von Konflikten innerhalb der Familie durch Krankheit" funktioniert. \*)

---

\*) Ein Verwandtschaftsbesuch, der einerseits bereits so lange dauert, daß er die zukünftige Erhaltung der besuchten Familie bedroht, andererseits jedoch nach den Gruppennormen von Seiten der besuchten Familie nicht beendet werden kann, wird durch die Erkrankung der Hausfrau an einer volkstümlichen Krankheit (Susto) zu einem Abschluß gebracht.

5. Das Gefühl versagt zu haben, kann zur Erkrankung und Annahme der Krankenrolle führen. COLE und LEIUBNE<sup>62)</sup> weisen aufgrund empirischer Untersuchungen auf die Möglichkeit hin, daß die Krankenrolle dazu benützt wird, soziales Versagen, das subjektiv als schuldhaft erlebt wird, zu rechtfertigen. Sie kommen zu der These: "Wo eine hohe Rate subjektiver Gefühle des Versagens ist, ist auch eine hohe Rate des subjektiven Krankheitsgefühls". Dies scheint umso mehr einleuchtend, da sich die Krankenrolle ja hervorragend dafür eignet, Versagen jeglicher Art zu legitimieren. Den Kranken trifft keine Schuld, wenn er versagt, denn der Rückzug von sozialen Verpflichtungen ist legitimer Teil der Krankenrolle.

6) Als weitere Möglichkeit, die Krankenrolle zu nützen, ist die Erweiterung der Freizeit ohne wesentliche negative soziale Folgen zu nennen. Wenn man das Ausmaß des Krankfeierns auch nicht überschätzen soll, so ist das Phänomen doch zu bekannt (z.B. blauer Montag), um übergangen zu werden. Insbesondere dort, wo diese freie Zeit einerseits dringend für die Erledigung persönlicher Angelegenheiten benötigt wird, und andererseits keine Möglichkeit besteht arbeitsfreie Zeit zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erhalten, wird die Krankenrolle unter diesem Aspekt angestrebt werden.<sup>63)64)</sup>

### 3.3 Die ärztliche Diagnose als Ziel eines Arztbesuches

Die Ungewißheit über die Bedeutung, die man einer Gesundheitsstörung zumessen muß, die aus der Unwissenheit des nicht ärztlich ausgebildeten Gesundheitsgestörten entspringt, hat zwei Folgen:

1) Eine individuelle, sie erzeugt Angst beim Gesundheitsgestörten, da er sich nicht darüber klar ist, ob die Krankheitssymptome als Signal für eine gefährliche oder ungefährliche Krankheit zu werten sind.<sup>65)</sup> Ein Resultat

dieser Angst wird Verhaltens- und Rollenunsicherheit des Erkrankten sein.

2) Eine soziale, so lange die Gefährlichkeit der Krankheit des Gesundheitsgestörten nicht bekannt ist, entsteht Rollenunsicherheit gegenüber dem Erkrankten. Da man davon ausgehen muß, daß es nicht eine Krankenrolle, sondern je nach Krankheit verschiedene Krankenrollen gibt,<sup>66)</sup> entstehen bei nicht definierter, d.h. diagnostizierter Krankheit für die soziale Umgebung eines Kranken extreme Verhaltensunsicherheiten. Das wird unmittelbar einsichtig, wenn man sich vorstellt, daß eine geliebte Person Krankheitssymptome hat, die sowohl auf eine harmlose Krankheit als auch auf Krebs hindeuten können. Der Nutzen eines Arztbesuches besteht also ganz abgesehen von der ärztlichen Hilfe bei der Bekämpfung der Krankheit zuerst einmal darin, Gewißheit über die Schwere der Erkrankung zu schaffen und damit die Verhaltenssicherheit sowohl bei dem Erkrankten als auch bei der sozialen Umwelt des Erkrankten, die durch die Ungewißheit der Schwere der Erkrankung verloren gegangen war, wiederherzustellen. Es muß allerdings an dieser Stelle angemerkt werden, daß die Gewißheit, die man durch den Arztbesuch über die Gesundheitsstörung bekommt, auch als Barriere zwischen Arzt und Patient wirken kann. Unter bestimmten Umständen, die später noch zu erläutern sind, gehen Personen mit Gesundheitsstörungen deshalb nicht zum Arzt, weil sie Angst davor haben, über ihre Krankheit aufgeklärt zu werden.

#### 3.4 Therapeutische Hilfe als Ziel eines Arztbesuches

Daß man den Arzt besucht, weil man geheilt werden will, wäre bei einer Befragung über die Gründe des Arztbesuches sehr wahrscheinlich die häufigste Antwort. Die Hilfe bei der Heilung der Krankheit bezeichnet die zentrale, bewußte Erwartung der Arztbesucher. Diese Erwartung liefert auch erste Legitimation einen Arzt aufzusuchen. Dem Erkrankten

zu helfen, bezeichnet auf der Arztseite eine zentrale Norm, die unabdingbar mit seinem Selbstverständnis verbunden ist. Daraus ergibt sich, weit über die tatsächliche Wirkung dieser Erwartung als Motiv einen Arzt aufzusuchen hinaus, daß bis auf wenig relativ genau beschreibbare Ausnahmen, z.B. Vorsorgeuntersuchungen, für jeden Arztbesucher die Norm besteht, seinen Arztbesuch durch eine Beschreibung seiner gesundheitlichen Hilfsbedürftigkeit zu begründen<sup>67)</sup>. Daß dieses Symptomangebot an den Arzt auch in den Fällen, in denen recht deutlich eine andere, wenn auch unbewußte Erwartung als die der Heilung von einer Krankheit als Motiv des Arztbesuches gewirkt hat, in den allermeisten Fällen nicht auf Simulation beruht, hat unter anderem SOPP nachgewiesen<sup>68)</sup>.

Jede andere Begründung des Arztbesuches als die, daß man krank sei, d.h. Krankheitssymptome vorzuweisen hat, wird außer bei bestimmten Ausnahmen auch dadurch fast unmöglich gemacht, daß der Arzt seinerseits ein Symptomangebot erwartet und damit die Einhaltung der genannten Norm überwacht.

Der Nutzen des Besuches eines Arztes, um Hilfe bei der Überwindung der Krankheit zu erhalten, besteht neben der Linderung der Krankheitssymptome soziologisch gesehen vor allem darin, daß der Patient, damit eine zentrale Rollenerwartung der Krankenrolle erfüllt, nämlich kompetente Hilfe bei der Bekämpfung der Krankheit zu suchen. Die Erfüllung dieser Rollenerwartung sichert zum einen seine Krankenrolle und zum anderen trägt es zur Beruhigung der Bezugspersonen des Kranken bei, da ja nun alles, was gemacht werden kann, geschieht. D.h., der Hilfsanspruch, den der Kranke legitimerweise an seine soziale Umwelt stellen kann, wird nun vom Arzt zum großen Teil erfüllt, so daß die Bezugspersonen des Kranken zum großen Teil von diesem Hilfsanspruch, der ja eine Belastung darstellt, entlastet sind.

### 3.5 Hilfe gegen die Angst vor der Krankheit als Ziel eines Arztbesuches

Die Angst vor Erkrankungen und Krankheit als Teil einer allgemeinen Ängstlichkeit und Schutzbedürftigkeit und daraus folgend, die Erwartung, daß vom Arzt als medizinische aber auch als menschliche Autorität Hilfe zu erwarten ist, kann relativ unabhängig von der jeweiligen Gesundheitsstörung zum Motiv eines Arztbesuches werden. Das Wort von der Droge Arzt weist in die hier gemeinte Richtung. Der Arzt als der große Heiler<sup>69)</sup>, im allgemeinsten Sinn ist die Figur, die geeignet ist, die existentielle Angst vor der Krankheit zu mildern.

### 3.6 Hilfe in allgemeinen Lebenskrisen als Ziel des Arztbesuches

BALINT<sup>69a)</sup> hat sehr eindringlich darauf hingewiesen, daß trotz einer dem Arzt angebotenen Krankheitssymptomatik das eigentliche Motiv eines Arztbesuches die Hoffnung und Erwartung vom Arzt Hilfe in einer allgemeinen Lebenskrise zu bekommen, sein kann. (siehe dazu auch S. 13). Diese Erwartung wird, da sie ja als Erwartung eines Arztbesuches nur schwer legitimierbar ist, meist unbewußt bleiben. Da der Arztbesuch zu mehr oder weniger psychotherapeutischen Zwecken benutzt wird, kann trotzdem zumindest hypothetisch angenommen werden.

## 4. Die sozialen Bedingungen für die Nutzungsmöglichkeiten des Arztbesuches

Es wurden fünf Nutzungsmöglichkeiten, die mit dem Arztbesuch verbunden sind, genannt. Von diesen Nutzungsmöglichkeiten wird erstens angenommen, daß sie die bewußten und unbewußten Erwartungen der Arztbesuche in Bezug auf

den Arztbesuch zum größten Teil abdecken und zweitens, daß sie für die Einstellung zum Arztbesuch entscheidend sind. Beides Annahmen, die zumindest für die Bevölkerung der BRD erst empirisch überprüft werden müssen. Geklärt werden kann aber die Frage, von welchen sozialen Bedingungen es abhängen kann, ob bzw. in welchem Ausmaß jemand einen oder mehrere der genannten Nutzungsmöglichkeiten des Arztbesuches wahrnimmt.

#### 4.1 Die Zuteilung und Legitimation der Krankenrolle

a) Die Zuteilung und endgültige nicht mehr anzweifelbare Legitimation der Krankenrolle geschieht in der BRD durch den Arzt und ist durch einen Arztbesuch zu erreichen. <sup>70)</sup>

Unser Problem heißt deshalb, welche sozialen Bedingungen machen es wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich, daß eine Person bzw. Personengruppe die bereits beschriebenen Vorteile der durch den Arzt zugewiesenen und legitimierten Krankenrolle als Grund für eine positive Einstellung zum Arztbesuch ansieht?

Wir nehmen an, daß für die Beantwortung dieser Frage zwei Rahmenbedingungen gelten:

1. Inwieweit hat eine Person bzw. Personengruppe es nötig, sich die Privilegien der Krankenrolle vom Arzt zuteilen und legitimieren zu lassen.
2. Wie attraktiv ist die Krankenrolle für eine Person bzw. Personengruppe.

Durch die erste Rahmenbedingung ergibt sich, daß der soziale Zwang zur Legitimation der Krankenrolle als ein erster verursachender Faktor im genannten Sinne anzusprechen ist. Dieser soziale Zwang, sich seine Krankheit und damit die Krankenrolle bestätigen zu lassen, wird von den verschiedenen gesellschaftlichen Bezugsgruppen ausgeübt. Das fängt bei der Familie und den Freunden an und hört beim Arbeitgeber und diversen Behörden noch lange nicht auf.

Deutlich wird der soziale Zwang zur Legitimation der Krankenrolle bei Inanspruchnahme eines wesentlichen Privilegs der Krankenrolle, nämlich nicht arbeiten zu müssen.

Die Gesellschaft hat wegen der sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Befreiung von der Arbeitsverpflichtung ein besonderes Interesse an der sozialen Kontrolle der Zuteilung dieses Privilegs der Krankenrolle. Der Arzt wird deshalb in diesem Fall deutlich zum Herrschaftsinstrument des Staates. Je nach Privilegierung müssen die einzelnen Schichten unserer Gesellschaft sich das Recht wegen Krankheit nicht zu arbeiten vom Arzt bestätigen bzw. zuteilen lassen. Der Arbeiter ist der schärfsten Kontrolle unterworfen, er muß sich jede Minute, die er aus Krankheitsgründen nicht arbeitet, durch den Arzt legitimieren lassen. Angestellte dürfen 3 Tage ohne ärztliche Bestätigung krank sein und müssen erst dann eine ärztliche Bestätigung beibringen, wobei diese Regelung je nach Höhe der Berufsposition streng oder lasch gehandhabt wird. Selbständige aller Schattierungen vom Gemüsehändler bis zum Fabrik- und Konzernbesitzer sind nur sich selbst verantwortlich und können aus Krankheitsgründen so lange nicht arbeiten, wie es die sonstigen sozialen Bedingungen zulassen. Diese Abstufung des sozialen Drucks auf verschiedene Gruppen der Bevölkerung der BRD zur Legitimation der Krankenrolle ist gesetzlich festgelegt <sup>71)</sup> und durch verschiedene Sanktionen, z.B. Möglichkeit der Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis, Entzug der Lohnfortzahlung etc. abgesichert. Wie hoch das Interesse der Gesellschaft an der Kontrolle der Arbeitsbefreiung aus Krankheitsgründen ist, zeigt sich auch ganz besonders dadurch, daß eine eigene Organisation, der "Vertrauensärztliche Dienst", geschaffen wurde, die das Urteil des behandelnden Arztes über die Legitimität der Krankenrollenzuteilung noch einmal, wenn auch stichprobenartig, überprüft.

Neben diesem allgemeinen hoch sanktionierten und daher nur unter unverhältnismäßig hohen Kosten entgehbareren sozialen Zwang zur ärztlichen Legitimierung der Arbeitsbefreiung aus Krankheitsgründen stehen noch die sozialen Zwänge, die von den verschiedenen emotionalen Bezugspersonen bzw. sonstigen Bezugsgruppen einer Person ausgeübt werden. Die Sanktionen, die hinter diesen sozialen Zwängen stehen, werden in der Regel in Liebesentzug bis hin zur völligen emotionalen Abwendung bestehen. Relevant werden diese sozialen Zwänge in diesem Zusammenhang nur dann, wenn sie nicht von den allgemeinen hoch sanktionierten sozialen Zwängen überlagert werden. Dies gilt etwa für die Gruppe der nicht versicherten Selbständigen. Insoweit an diese Gruppe Arbeitserwartungen herangetragen werden, wird auch hier eine längere Nichteinhaltung der Arbeitsverpflichtung aufgrund von Krankheit nur mit Hilfe einer ärztlichen Legitimierung durchzusetzen sein. Dies gilt allerdings auch für alle nicht Berufstätigen, wie etwa den Hausfrauen.

Diese sozialen Zwänge, die von den emotionalen Bezugspersonen und -gruppen (z.B. Familie, Freunde) ausgeübt werden, werden aber auch immer dann relevant, falls zwar die Arbeitsverpflichtung eingehalten wird, aber ein Rückzug von sonstigen Rollenverpflichtungen aus Krankheitsgründen verbunden mit einem vermehrten Anspruch auf Hilfe und emotionale Zuwendung stattfindet. In allen diesen Fällen wird nach längerer oder kürzerer Zeit sich die Notwendigkeit ergeben, entweder gesund zu werden oder sich seine Krankenrolle vom Arzt legitimieren zu lassen.

Neben die sozialen Zwänge zur Legitimation der Krankenrolle treten die psychischen. Es kann nicht die Aufgabe einer soziologischen Abhandlung sein, hier genauere Ausführungen vorzulegen. Einige cursorische Hinweise mögen deshalb genügen. Durch die Prozesse der Sozialisierung werden gesell-

schaftliche Normen internalisiert. Damit wird ihre Einhaltung vom Vorhandensein äußerer Sanktionen relativ unabhängig. Dieser Prozess findet auch bei den Normen der Krankenrolle statt. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, daß unabhängig von äußeren Zwängen ein inneres Bedürfnis nach ärztlicher Legitimation des Genusses der Privilegien der Krankenrolle besteht. Inwieweit in diesem Zusammenhang der Wunsch nach Rollensicherheit relevant ist, müßte überprüft werden. Daß die ärztliche Legitimierung der Nichterfüllung von Rollenverpflichtungen sowohl als Rechtfertigung gegenüber der sozialen Umwelt als auch gegenüber sich selbst benutzt wird, darauf wurde bereits hingewiesen.

Als zweite Rahmenbedingung für die Beantwortung der Frage, warum will jemand zum Arzt gehen, um sich seine Krankenrolle bestätigen zu lassen, nahmen wir das Ausmaß der Attraktivität der Krankenrolle für eine Person bzw. Personengruppe an. Es ist klar, daß das Privileg, wegen Krankheit nicht arbeiten zu müssen und damit z.B. einer unerträglichen Arbeitssituation für einige Zeit zu entkommen, die Krankenrolle für den, der sowieso nicht arbeiten muß, weil er von den Dividenden seiner Aktien lebt, nicht besonders attraktiv macht. Entscheidend ist also in diesem Zusammenhang vorerst einmal die allgemeine Lebenssituation einer Person bzw. einer -gruppe. Entscheidend wird auch sein, inwieweit außer der Flucht in die Krankheit noch andere Möglichkeiten, Probleme des Lebens zu bewältigen, vorhanden sind. Auch das Prestige bzw. die Annehmbarkeit der Krankenrolle und die Vorerfahrung mit der Krankenrolle werden als relevante Faktoren in Frage kommen.

Wir haben gesehen, daß es die Ergebnisse verschiedenster Forschungen wahrscheinlich machen, daß die Krankenrolle in erhöhtem Maße immer dann in Anspruch genommen wird, wenn soziale Isolation bzw. Desintegration vorliegt, Lebenskrisen, aus welchen Gründen auch immer, auftreten, über-

höhte soziale Kontrollen eine Selbstentfaltung der Person verhindern, soziale Konflikte vorhanden sind, das subjektive Gefühl versagt zu haben erlebt wird, arbeitsfreie Zeit aus wichtigen Gründen benötigt wird.

Es wird nicht möglich sein, für alle diese Faktoren die sozialen Bedingungen ihres Auftretens anzugeben - dies muß weiterer Forschung vorbehalten bleiben - es lassen sich nur illustrative Beispiele angeben, die veranschaulichen, was wir unter sozialen Bedingungen meinen. Soziale Isolation droht in erhöhtem Maße, sozusagen strukturell und damit unabhängig von der Einzelperson, in unserer Gesellschaft den alten Menschen, besonders dann, wenn kein Ehepartner vorhanden ist. Auch Obdachlose, sogenannte Asoziale, die aus ihren früheren Bezugsgruppen ausgeschieden sind, ohne eine neue gefunden zu haben, sind strukturell von sozialer Isolation bedroht.

Lebenskrisen können im Leben jedes Menschen auftreten. Einige der Lebenskrisen, die in der Literatur genannt sind, wie etwa plötzliche Verarmung, ins Gefängnis eingeliefert werden, Umzug in eine andere Gegend, sind schon wieder an bestimmte soziale Bedingungen gebunden. Plötzlich verarmen kann nur der, der vorher über ein gewisses Vermögen verfügt hat. Ins Gefängnis eingeliefert zu werden ist für einen Angehörigen der sozialen Unterschicht laut Kriminalstatistik eine größere Gefahr als für den Angehörigen der sozialen Oberschicht. Überhöhte soziale Kontrollen sind für den Gefängnisinsassen relativ wahrscheinlicher als für einen gut-situierten Großstadtbewohner. An der Selbstentfaltung ist der Arbeiter am Fließband wahrscheinlich mehr gehindert als der Hochschulprofessor. Was an diesen Beispielen klar werden sollte, war, daß sich bei entsprechender Forschung für die durchaus noch nicht klar bestimmten Faktoren, die eine erhöhte Benutzung der Krankenrolle bewirken, soziale Bedingungen angeben lassen müßten, die aufgrund bestimmter sozialer Merkmale einer Person bzw. einer Gruppe eine

Voraussetzung über die Höhe der Benutzung der Krankenrolle erlauben würden.

Die Beschreibung der allgemeinen Lebenssituation könnte sich dabei in den Kategorien der sozialen Integration, des sozialen Konflikts und der sozialen Kontrolle bewegen, wobei die drei Lebensbereiche Beruf, Familie und Freizeit zu erfassen wären.

Ganz allgemein läßt sich sagen, daß es wahrscheinlich ist, daß sowohl am Arbeitsplatz als in der Freizeit und im Familienbereich belastende Situationen für die Unterschicht häufiger auftreten als für die Oberschicht<sup>72)</sup>. Dies ist auch einsichtig, da die hauptsächlichsten Privilegien der Oberschicht nicht nur in erhöhtem Güterkonsum aller Art, sondern auch in höheren Selbstverwirklichungschancen bei der Arbeit und in der Freizeit, sowie in erhöhter sozialer Sicherheit und sozialer Integration bestehen.

Als zweiter Faktor, der über die Attraktivität der Krankenrolle für eine Person bzw. eine Personengruppe entscheidet, nannten wir das Ausmaß, in dem andere Lösungsmöglichkeiten als der Rückzug in die Krankenrolle für persönliche und soziale Probleme zur Verfügung stehen. Ein typisches Beispiel für diesen Tatbestand gibt KELLNER, wenn er schreibt, daß bei Arbeitern mit Landwirtschaft das Krankfeiern nur dann gehäuft vorkommt, "wenn ein geschlossener Betriebsurlaub es unmöglich macht, den Jahresurlaub dann zu nehmen, wenn man ihn braucht und wenn unbezahlter Sonderurlaub ungerne gewährt wird"<sup>73)</sup>. Wenn MECHANIC und VOLKART<sup>74)</sup> beschreiben, daß Studenten, die sich einsam und nervös fühlen, im Laufe des ersten Jahres ihres Universitätsaufenthaltes signifikant öfter als andere vergleichbare Studenten zum Arzt gehen, so kann das ja auch dahingehend interpretiert werden, daß das Problem Einsamkeit am Anfang des Studiums, das sich für fast alle Studenten stellt, von einem Teil durch Kontaktaufnahme mit anderen Studenten gelöst wird,

vom anderen Teil durch Kontaktaufnahme mit dem Arzt und der Übernahme der Krankenrolle. Aus welchen Gründen auch immer verfügt ein Teil der Studenten bei dem Problem Einsamkeit offensichtlich über andere Lösungsmöglichkeiten, als der Teil, der Krankheit als Lösungsmöglichkeit wählte. Daß es Situationen gibt, in denen von der sozialen Umgebung ein Zwang ausgeübt wird, aus anderen als aus Krankheitsgründen die Krankenrolle anzunehmen, zeigt WAITZKIN <sup>75)</sup>. So erreichen etwa bestimmte Familien ein gewisses Gleichgewicht, indem sie ein Familienmitglied zwingen, die Krankenrolle einzunehmen. Dadurch wird erreicht, daß Spannungen, die sonst zerstörend auf den Familienzusammenhalt wirken könnten, durch die Sorge um den Kranken überdeckt werden. <sup>76)</sup> Eine ähnliche Situation ergibt sich im Gefängnis, wo die Krankenrolle dazu dient, Bedürfnisse der Gefangenen, deren Frustration einerseits zu ernsthaften Störungen des Gefängnisbetriebes führen würde, die aber andererseits nicht legal direkt befriedigt werden können, zu erfüllen. Würden die Gefangenen versuchen, ihre Bedürfnisse direkt und nicht unter Benutzung der Krankenrolle zu befriedigen, hätten sie mit schweren Strafen zu rechnen <sup>77)</sup>.

Wenn KELLNER nachweist, daß Maschinenarbeiter, die ihre Maschine nicht selbst einstellen dürfen, mehr krank sind als Maschinenarbeiter, die ihre Maschine selbst einstellen dürfen <sup>78)</sup>, so hängt das offensichtlich von den zur Verfügung stehenden Lösungsmöglichkeiten des Problems Selbstentfaltung am Arbeitsplatz ab. Entscheidend ist dabei, ob man es nötig hat krank zu werden, um einmal das tun zu können, was man will, oder ob man am Arbeitsplatz sich bis zu einem gewissen Grad selbst entfalten kann. Dabei dürfte klar sein, daß es sich hier nicht um bewußte, sondern um mehr oder weniger unbewußte Vorgänge handelt.

### 3. Die Annehmbarkeit der Krankenrolle.

Daß für die Attraktivität der Krankenrolle auch die Höhe der sozialen Kosten, die die Annahme der Krankenrolle mit sich bringt, maßgeblich ist, kann angenommen werden. Die Entscheidung, ob sich jemand bei bestimmten Gesundheitsstörungen als krank ansehen soll oder nicht, d.h. ob er die Krankenrolle anstreben soll, fällt nicht als ein Entschluß im stillen Kämmerchen, sondern immer in der Auseinandersetzung mit den sozialen Bezugspersonen<sup>79), 80)</sup>, vor allem der Familie<sup>81), 82), 83), 84), 85)</sup>. WILLIAMS kommt unter Hinweis auf COOS<sup>86)</sup> und MECHANIC<sup>87) 88)</sup> zu der Auffassung: "sickness is a group decision, for if one is to play the sick role, he must perceive himself as sick, then perceive that he has convinced the significant other that he is right."<sup>89)</sup>

Ob jemand Unterstützung für seinen Wunsch, die Krankenrolle zu spielen, findet, hängt natürlich sehr von der jeweiligen Gruppensituation ab, in der die Entscheidung fällt. Die allgemeine Einstellung der Gruppenmitglieder zur Krankheit, das Image der Krankheit bei den Gruppenmitgliedern wird aber fast immer auf die Entscheidung Einfluß nehmen, z.B. wird die Verachtung derjenigen, die krank sind, wie es WAITZKIN<sup>90)</sup> für die amerikanische Armee aufzeigt, oder die Betrachtung von Krankheit als Störung des inneren Gleichgewichts, das vorwiegend durch Einsicht wieder herzustellen ist, so die Meinung der Christian Science<sup>91)</sup>, wesentlich die Attraktivität der Krankenrolle beeinflussen. Die amerikanische Literatur<sup>92) 93) 94) 95) 96)</sup> hat gezeigt, daß der ethnische Hintergrund eine wesentliche Rolle im Krankheitsverhalten spielt. Es kann angenommen werden, daß diese Einflüsse auch über das Image der Krankheit ausgeübt werden. Ein Image der Krankheit, das hohe soziale Kosten bei der Annahme der Krankenrolle nach sich zieht, mindert die Attraktivität der Krankenrolle wesentlich. Inwieweit solche Überlegungen für die Bevölkerung der BRD relevant sind, müßte untersucht werden. Sicher scheint allerdings, daß die sozialen Kosten bei der Annahme der Krankenrolle in

der BRD für die Männer höher sind als für die Frauen, da die unterschiedlichen Geschlechterrollen die Krankenrolle für Frauen annehmbarer macht als für Männer. Eine Repräsentativbefragung der Bevölkerung der BRD kommt zu dem Ergebnis: "Männer spielen in unserer Gesellschaft die Rolle des physisch stärkeren Geschlechts. Von ihnen wird Vertrauen in die eigene allgemeine und körperliche Belastbarkeit erwartet. Die geforderte männliche Stärke hat gesundheitlichen Störungen standzuhalten. Ein wehleidiger und kränkelder Mann wirkt nicht männlich. Fitness-Kondition, stabile körperliche und gesundheitliche Konstitution sind geradezu Aushängeschilder einer intakten Männlichkeit. Dagegen gehört die physische Empfindlichkeit, im weiteren Sinne auch die allgemeine und seelische Störbarkeit, zum gesellschaftlichen Leitbild der Frau. Zartheit, Schwachheit, Schutzbedürftigkeit sind beinahe Synonyme für Weiblichkeit und diese Weiblichkeit ist am besten in der leicht angegriffenen Gesundheit zu demonstrieren." 97)

Sicher dürfte auch sein, daß älteren Personen die Krankenrolle eher zugestanden wird als jüngeren. Auch die soziale Diskriminierung des Kranken, die ja bei einem jüngeren Menschen, der öfter krank ist, durchaus einsetzen kann, wird bei einem alten Menschen, zu dessen Normalität es gehört krank zu sein, kaum vorhanden sein. Für alte Personen ist deshalb die Krankenrolle weit eher annehmbar als für junge Personen.

#### 4. Vorerfahrungen mit der Krankenrolle

Das Ausmaß der vorangegangenen Erkrankungen ist der beste Voraussagefaktor für das Maß der zukünftigen Erkrankungen, das ist das Hauptergebnis einer amerikanischen Untersuchung. 98)

Dabei zeigt sich auch, daß es so etwas wie eine Tendenz zur Krankenrolle gibt, die relativ unabhängig von den tatsächlichen Erkrankungen ist. Das könnte heißen, daß positive Erfahrungen mit der Krankenrolle, etwa als Lösungsmöglichkeit verschiedenster sozialer Probleme, die Attraktivität der Krankenrolle für eine Person oder eine Gruppe beträcht-

lich erhöht. Dasselbe gilt natürlich auch für den umgekehrten Fall. Negative Erfahrungen mit der Krankenrolle mindern die Bereitschaft, die Krankenrolle anzunehmen. Auch wenn diese Hypothesen von der Lerntheorie her fast selbstverständlich sind, bedürfen sie für das spezifische Gebiet der Annahmefähigkeit der Krankenrolle der empirischen Überprüfung.

#### 4.2 Therapeutische Hilfe

Hilfe bei der Überwindung der Krankheit zu geben, ist auch nach dem Selbstverständnis der Ärzte die zentrale Funktion des Arztes in unserer Gesellschaft. Deshalb wird auch die normale Antwort auf die Frage, warum geht man zum Arzt, in unserer Gesellschaft lauten, weil man krank ist. Trotzdem zeigen aber die verschiedensten Untersuchungen, daß durchaus nicht alle, die sich krank fühlen oder schwere Krankheitssysteme haben, zum Arzt gehen wollen, um sich helfen zu lassen<sup>99) 100) 101) 102)</sup>. Um es mit FREIDSON zu sagen: "Believing oneself to be ill does not itself lead to the use of medical services."<sup>103)</sup> Es bleibt deshalb die Frage zu beantworten, welche Faktoren sind dafür entscheidend, daß bestimmte Personen bzw. Gruppen bei Gesundheitsstörungen die Absicht entwickeln, ärztliche Hilfe zu suchen bzw. nicht zu suchen. Wir nehmen hypothetisch folgende auch in der Literatur genannten Faktoren an:

1. der subjektiv wahrgenommene Leidensdruck
2. die sozialen Vorstellungen über ärztliche behandlungsbedürftige Krankheiten vermittelt durch die Bezugspersonen und Gruppen
3. Die Einschätzung der Effektivität ärztlicher Hilfe allgemein
4. die Einschätzung der real in Frage kommenden ärztlichen und nichtärztlichen Hilfsmöglichkeiten.

1.) Obwohl nachgewiesener Weise zwischen dem subjektiv wahrgenommenen Leidensdruck und der Absicht ärztliche Hilfe aufzusuchen kein direkter Zusammenhang besteht (s. Literaturangaben S.29) muß angenommen werden, daß ab einem bestimmten Grad an dauernden Schmerzen und einem bestimmten Grad an Behinderung im täglichen Leben durch eine Krankheit fast jeder den Arzt aufsucht. Das heißt, es gibt zwar keinen direkten Zusammenhang zwischen subjektiv empfundenem Leidensdruck und Arztbesuch, aber sehr wahrscheinlich einen kritischen oberen Schwellenwert des subjektiven Leidensdrucks, der bei fast allen Mitgliedern unserer Gesellschaft den Arztbesuch auslöst. Um es mit einem Beispiel deutlich zu machen, es wird wenige Personen in unserer Gesellschaft geben, die mit einem Armbruch den Arzt nicht aufsuchen, dagegen ist es völlig offen, ob jemand mit Halsschmerzen zum Arzt geht oder nicht.

2.) Daß es soziale Vorstellungen darüber gibt, bei welchen Beschwerden ein Arztbesuch angebracht ist und bei welchen nicht, scheint sicher. Die sozialen Normen in Bezug auf den Arztbesuch wurden sowohl bei Männern und Frauen <sup>104)</sup>, <sup>104 a)</sup> bei verschiedenen Altersgruppen <sup>105)</sup> <sup>106)</sup> <sup>107)</sup> <sup>108)</sup> <sup>109)</sup>, bei mehreren amerikanischen Subkulturen <sup>110)</sup> <sup>111)</sup> <sup>112)</sup> <sup>113)</sup> als auch bei verschiedenen sozialen Schichten <sup>114)</sup> <sup>115)</sup> <sup>116)</sup> <sup>117)</sup> <sup>118)</sup>, sowie im internationalen Vergleich <sup>117)</sup> <sup>118)</sup> <sup>119)</sup> <sup>120)</sup> untersucht.

Inwieweit in der BRD unterschiedliche soziale Normen darüber bestehen, wie man sich bei Erkrankungen verhält und bei welchen Beschwerden ein Arzt aufgesucht werden soll und wodurch diese Unterschiede verursacht sind, das ist in der BRD nur ansatzweise erforscht. Sicher scheint auch hier, daß Schichtunterschiede eine Rolle spielen <sup>121)</sup>, <sup>122)</sup>, daß unterschiedliche Normen für Männer und Frauen <sup>123)</sup> <sup>124)</sup> und für Landbewohner und Stadtbewohner <sup>125)</sup> <sup>126)</sup> bestehen. Die sozialen Normen wirken wie gesagt auf die Entscheidung des Gesundheitsgestörten über seine Bezugspersonen und Gruppen

ein ( s. Literaturangaben S. 27). In diesen Bezugsgruppen, über die die sozialen Normen in Bezug auf den Arztbesuch wirksam werden, können diese aber je nach der Familiensituation und dem Familienstatus des Gesundheitsgestörten Spezifizierungen und Veränderungen erfahren. 127), 128), z.B. in der Weise, daß bei nicht berufstätigen Hausfrauen und Kindern Krankheitssymptome eher in die Richtung der behandlungsbedürftigen Krankheit gedeutet werden als bei den berufstätigen Ehemännern.

3.) Die Einschätzung der Effektivität ärztlicher Hilfe als relevant für die Absicht, ärztliche Hilfe zu suchen, anzunehmen erscheint plausibel. Wer glaubt, daß ein Arzt ihm nicht helfen kann wird kaum einen Arzt aufsuchen 129) 130). Leider kann man das Umgekehrte nicht ohne weiteres annehmen, d.h. durchaus nicht jeder, der die ärztliche Hilfe für effektiv hält, dürfte auch einen Arzt aufsuchen, wenn seine Gesundheit gestört ist.

Als relevant für die Einschätzung der Effektivität ärztlicher Hilfe werden nach der zitierten Literatur folgende Faktoren genannt:

1. Der Glaube einer Person an die wissenschaftliche Lösbarkeit des Problems Krankheit 131) 132)

2. Das medizinische Wissen einer Person einschließlich des Wissens über die Heilungschancen der verschiedenen Krankheiten 133) 134) 135)

3. Die Vorerfahrung einer Person mit ärztlicher Hilfe. Erfolg oder Mißerfolg ärztlicher Hilfe, die man am eigenen Leib verspürt hat, dürften wesentlichen Einfluß auf die Einschätzung des Arztes und die ärztliche Hilfe haben.

4.) Ob man in einer gegebenen Krankheitssituation ärztliche Hilfe sucht oder nicht, dürfte auch von der Einschätzung der real vorhandenen Hilfsmöglichkeiten abhängen. Es könnte durchaus sein, daß bei sonst gleichen Bedingungen

ein Heilpraktiker mit einem guten Ruf einem Arzt mit einem schlechten Ruf vorgezogen wird. Die Einschätzung der real vorhandenen ärztlichen und nicht ärztlichen Hilfsmöglichkeiten wird ihrerseits wieder vom Wissen einer Person über die in Frage kommenden Personen (Ärzte, Heilpraktiker, Apotheker, etc.) und den persönlichen Vorerfahrungen mit diesen Personen abhängen. So zeigt denn auch eine Repräsentativerhebung in Hessen <sup>136)</sup>, daß diejenigen Personen, die angeben, einen Arzt zu kennen, zu dem sie Vertrauen haben, signifikant häufiger bei subjektiv schlecht eingeschätztem Gesundheitszustand zum Arzt gehen.

#### 4.3 Diagnostische Hilfe

Ein Teil der zentralen Aufgabe des Arztes, nämlich Kranke zu heilen, besteht darin, daß er feststellt, an welcher Krankheit und wie schwer der Patient erkrankt ist. Einen Arzt aufzusuchen, weil man wissen will, was einem fehlt, bezeichnet also eine allseits als legitim anerkannte Motivation des Arztbesuches <sup>137) 138)</sup>. Obwohl man nicht immer sicher sein kann, daß der Arzt einem die volle Wahrheit über die Krankheit, an der man leidet, oder zu leiden glaubt, sagt, ist man doch auf seine Auskünfte angewiesen, denn nur er gilt in Sachen Krankheit als kompetent. Zwei Faktoren scheinen wieder dafür ausschlaggebend zu sein, ob eine Person einen Arzt aufsuchen will, um über ihre Krankheit Klarheit zu erhalten. Einmal wirkt hier ein sozialer Faktor. Da es nicht so ist, daß es für alle Kranken ein und dieselbe Krankenrolle gibt, sondern die nähere Ausprägung der Krankenrolle wesentlich davon abhängt, an welcher Krankheit jemand leidet, ergibt sich aus der Ungewißheit über die Krankheit eines Gesundheitsgestörten eine Rollenunsicherheit für dessen soziale Umgebung. Um die extremen Beispiele zu nennen, es bedeutet für die soziale Umgebung einer erkrankten Person eine erhebliche Belastung, wenn deren Krankheitssymptome sowohl eine harmlose als auch eine tödliche Erkrankung signalisieren können. Hier entstehen

extreme Rollenunsicherheiten, die sich im sozialen Zwang auf den Kranken manifestieren, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. An dem oben genannten Beispiel wird aber auch klar, daß auch für den Kranken selbst immer dann eine schwierige Situation entsteht, wenn die Krankheitssymptome nicht von ihm selbst gedeutet werden können. Aus der Ungewißheit über die Frage, was habe ich, entsteht ein psychischer Druck, der eine Reaktion erfordert. Diese Reaktion scheint zwei Formen annehmen zu können, einmal, man informiert sich durch einen Arztbesuch über seine Krankheit oder - und dies ist bei Krebskranken empirisch belegt worden <sup>139)</sup> - man wehrt sich gegen einen Arztbesuch, weil man Angst hat, daß eine böse Ahnung zur Gewißheit wird. Bildet sich im ersten Fall eine positive Motivation zum Arztbesuch heraus <sup>140)</sup>, so entsteht im zweiten Fall eine subjektive Barriere gegenüber dem Arztbesuch <sup>141)</sup>. Wir nehmen allerdings an, daß diese Barriere sich nur dann herausbildet, wenn man fürchtet, an einer Krankheit zu leiden, für die es keine ärztliche Hilfe mehr gibt. In allen anderen Fällen dürfte sich der psychische Druck, der bei mehrdeutigen Krankheitssymptomen entsteht, in einer positiven Motivation zum Arztbesuch niederschlagen. Dabei weisen die Ergebnisse einer amerikanischen Untersuchung darauf hin, daß diese Furcht vor der Krankheit in der Oberschicht größer als in der Unterschicht ist <sup>142)</sup>.

#### 4.4 Hilfe gegen die Angst vor der Krankheit und Hilfe in allgemeinen Lebenskrisen

Mehrere Autoren <sup>143)</sup> <sup>144)</sup> <sup>145)</sup> haben darauf hingewiesen, daß der Arzt in der industrialisierten Gesellschaft Funktionen übernommen hat, bzw. ihm Funktionen angetragen werden, die mit seinem spezifisch ärztlichen Auftrag wenig zu tun haben. KASL & COBB kommen unter Hinweis auf verschiedene Arbeiten von STOECKLE et.al. <sup>146)</sup> zu dem Schluß, daß "an unknown possibly large proportion of medical illness behavior may be in fact disguised seeking of help for primarily psychological problems." <sup>147)</sup> Jede Person, die

irgend welche Krankheitssymptome aufweisen und anbieten kann, ist berechtigt, mit einem Arzt zu sprechen und von ihm Hilfe zu verlangen. Es zeigt sich nun, daß dieser Teil der Krankenrolle für bestimmte Personen und -gruppen ein Privileg darstellt, das die Krankenrolle und das Kranksein attraktiv macht. Der Arztbesuch als Möglichkeit, mit einer anderen Person, der in allgemeinen menschlichen Angelegenheiten eine gewisse Autorität zugesprochen wird und von der ein gewisses menschliches Verständnis dafür erwartet werden kann, daß man seine gesundheitlichen und unter Umständen seine sonstigen Probleme zur Sprache bringt, ist als Möglichkeit einer positiven Einstellung zum Arztbesuch zu beachten. Der Arzt als Vaterersatz und Helfer in gesundheitlichen aber auch in allgemeinen Lebenskrisen ist unter bestimmten sozialen und psychischen Bedingungen es Wert, krank zu werden. Wie sehen diese Bedingungen nun aus? Hier dürfte erstens wichtig sein, inwieweit ein seelischer Leidensdruck vorhanden ist, inwieweit eine Person sich in einer emotionalen Streß-Situation befindet. Nach einer deutschen Untersuchung scheint es insbesondere jener Typ von Kranker zu sein, der gleichzeitig nervös, wetterfühlig, sensibel und abergläubisch ist, der "überall Schutz sucht, wo er nur angeboten wird" <sup>148)</sup>, der im Arzt die magische Figur gegen Krankheit und Lebensangst allgemein sieht.

#### 4.5 Die Beziehung der Faktoren zueinander

Wir haben vier Faktoren genannt, von denen wir annehmen, daß sie als Verursachung dafür in Frage kommen, daß eine Person oder eine Gruppe die Absicht entwickelt, einen Arzt aufzusuchen. Bei diesen vier Faktoren haben wir außerdem auf die Bedingungen hingewiesen, von denen wir annehmen, daß sie vorhanden sein müssen, damit die jeweiligen Faktoren als Ursache für die Absicht einen Arzt aufzusuchen in Frage kommen. Die genannten vier Faktoren und ihre jeweiligen sozialen Bedingungen beeinflussen sich na-

türlich zum großen Teil gegenseitig. Wie diese Beeinflussung aussieht muß durch empirische Forschung geklärt werden. Trotzdem erscheint es sinnvoll, die Gesamtverursachung des Beschlusses, zum Arzt zu gehen, in diese Faktoren aufzuschlüsseln, weil hypothetisch angenommen wird, daß erstens jeder dieser Faktoren auf ein in sich homogenes Feld von Möglichkeiten hinweist, wie der Entschluß, zum Arzt zu gehen, verursacht sein kann und zweitens diese Faktoren relativ vollständig die Möglichkeiten beschreiben, warum jemand zum Arzt gehen will. Die Überprüfung dieser Hypothesen muß einer späteren empirischen Arbeit vorbehalten bleiben. Ansätze solcher empirischer Überprüfungen haben z.B. MECHANIC und VOLKART, FREIDSON und THURLOW geliefert. So weisen MECHANIC und VOLKART nach, daß Personen mit einer hohen Tendenz, die Krankenrolle anzunehmen, signifikant mehr an Krankheiten leiden, die "common, relatively familiar, predictable and probably non dangerous" waren, diejenigen dagegen, die eine geringe Tendenz zur Krankenrolle haben, leiden mehr an außergewöhnlichen und schweren Krankheiten <sup>149)</sup>. Dabei bezeichnen MECHANIC und VOLKART, diejenigen Personen, die auch bei relativ geringfügigen Gesundheitsstörungen (feeling poorly for a few days, temperature of about 100 or 101 degrees) den Arzt aufsuchen als Personen mit hoher Tendenz zur Krankenrolle und die mit umgekehrten Merkmalen als mit geringer Tendenz zur Krankenrolle. In einer Folgeuntersuchung zeigte es sich dann, daß Personen mit hoher Tendenz zur Krankenrolle auch eine hohe Tendenz zeigen, unter Streß (Einsamkeit und Nervosität) zu leiden <sup>150)</sup>, wobei sich ebenfalls zeigte, daß von denen, die unter Streß litten, diejenigen mit einer hohen Tendenz zur Krankenrolle, häufiger ärztliche Hilfe suchten als diejenigen mit einer niedrigeren Tendenz zur Krankenrolle. <sup>151)</sup>

THURLOW stellt fest: "Sick role tendency appeared to be modestly related to previous illness (whether relatively major or minor) and to illness of a relatively minor nature during the following period. It might be hypothesised that

X  
X  
S.R.T. is reflected in previous minor illness and that previous major illness could alter S.R.T. by increasing the subjekt's anxiety surrounding illness, which may in turn be reflected in his subsequent minor illness pattern." 152)

FREIDSON geht davon aus, daß Krankheiten auch von den Laien als schwer und leicht, sowie als legitim, bedingt legitim und illegitim eingeschätzt werden. Dabei sind legitime Krankheiten allgemein, diejenigen, die offensichtlich dazu berechtigen, die Krankenrolle einzunehmen wie etwa sehr schwere oder unheilbare Krankheiten, bedingt legitimiert sind jene Krankheiten, die nur nach Bestätigung durch den Arzt zur Einnahme der Krankenrolle berechtigen, nicht legitime Krankheiten sind solche, die den Kranken stigmatisieren, ihn zum Außenseiter machen, so etwa bestimmte chronische Krankheiten. 153)

X  
FREIDSON macht nun die Voraussage, daß einmal die Häufigkeit des Arztbesuches davon abhängt, ob eine Krankheit als schwer (häufiger Arztbesuch) oder leicht (weniger häufiger Arztbesuch) definiert wird und zum zweiten, daß leichtere Krankheiten dann häufiger zum Arztbesuch führen, wenn sie nur bedingt legitim sind, jedoch weniger, wenn sie unbedingt legitim oder illegitim sind. 154)

Diese Beispiele zeigen die Möglichkeit auf, die einzelnen Verursachungskomplexe des Arztbesuches und damit auch des unterlassenen Arztbesuches empirisch zu erforschen.

5. Mögliche Kosten eines Arztbesuches

Haben wir uns bisher mit dem möglichen Nutzen und Vorteilen eines Arztbesuchs beschäftigt, so sollen im folgenden die Kosten im allgemeinsten Sinn behandelt werden, die ein Arztbesuch nach sich ziehen kann.

Dabei fassen wir den Begriff Kosten sehr weit auf. Wir unterscheiden zwischen psychischen, sozialen und zeitlich-

finanziellen Kosten, die durch einen Arztbesuch entstehen können. Soweit es möglich ist wird dabei auf die sozialen Bedingungen eingegangen, unter denen es wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich ist, daß diese Kosten entstehen. Zu diesen Bedingungen gehört und dies muß wegen der Frage der Verwendbarkeit der vorhandenen Literatur vorausgeschickt werden, daß die Kosten im hohen Maße in den verschiedenen sozialen Systemen variieren. Zum Beispiel haben überall dort, wo der Arztbesuch direkte finanzielle Kosten \* für den Patienten mit sich bringt, diese Kosten einen Einfluß darauf, ob jemand bereits <sup>bei</sup> relativ geringen Beschwerden den Arzt aufsucht oder erst dann, wenn es gar nicht mehr anders geht <sup>155)</sup>. Auch bei der Diskussion der möglichen Kosten müssen wir bei den möglichen Nutzen und Vorteilen eines Arztbesuchs deshalb bei der Benutzung der vorhandenen meist amerikanischen Literatur die spezifischen Verhältnisse in der BRD im Auge behalten werden.

1.) Die psychischen Kosten wollen wir nur insoweit behandeln als sie in den sozialen Situationen, die mit dem Arztbesuch verbunden sind, auch für den Durchschnittsbürger angelegt sind. Die psychischen Kosten entstehen hauptsächlich dadurch, daß der Arztbesuch mit Ängsten besetzt sein kann, die überwunden werden müssen. Beispielhaft wären hier zu nennen:

a) Die Angst vor ärztlicher Diagnose und Behandlung. Die ärztliche Behandlung verletzt einerseits eine Reihe von sozialen Tabus, wie das Nacktheits- und Berührungstabu für Fremde, und andererseits kann sie u.U. mit Schmerz verbunden sein. Beides kann Angst erzeugen, die einen inneren Widerstand gegen den Arztbesuch verursachen kann. Dabei ist die Angst vor ärztlicher Untersuchung und Behandlung ihrerseits wieder schichtspezifisch und geschlechtsspezifisch verteilt. Frauen, untere Schichten und Dorfbewohner haben

---

\* im Gegensatz zu den indirekten Kosten, die z.B. durch monatliche Beiträge zu einer Pflichtkrankenkasse entstehen.

mehr Scheu vor ärztlicher Behandlung und Untersuchung als Männer, obere Schichten und Stadtbewohner. 156) 157)

b) Die Angst vor der Arzt-Patient-Rollenbeziehung. Insbesondere, wenn es sich um den ersten Besuch bei einem Arzt handelt, aber auch immer dann, wenn zwischen Patient und Arzt kein persönliches Vertrauensverhältnis zustande kommt, 158) kann beim Patienten Angst vor der Arzt-Patient-Beziehung entstehen, die sich hemmend auf die Verwirklichung der Absicht, einen Arzt zu besuchen, auswirkt. Hier spielen nicht nur persönliche Eigenarten des Arztes eine Rolle, sondern hauptsächlich die soziale Distanz zwischen Arzt und Patient. Gehören der Arzt und der Patient unterschiedlichen Schichten an, insbesondere, gehört der Patient der Unterschicht an, so werden zwischen Arzt und Patient alle in unserer Gesellschaft vorhandenen Schichtbarrieren relevant. 159) 160) 161) 162). 163) Besonders wirksam werden diese Barrieren immer dann sein, wenn ein Ausweichen auf einen anderen Arzt nicht möglich ist, wie das etwa auf dem Land häufig der Fall ist.

c) Die Angst vor der ärztlichen Diagnose.

Die Angst, vom Arzt Gewißheit über einen Krankheitszustand zu erhalten, für den es keine Heilung gibt oder der ein soziales Stigma mit einschließt (z.B. bei Geisteskrankheiten 164)), kann, wie die bereits genannten Untersuchungen an Krebskranken gezeigt haben, sich als Barriere zwischen Arzt und Patient schieben.

2.) Die sozialen Kosten, die durch einen Arztbesuch entstehen können.

a) Genau wie über Krankheit im allgemeinen, bestehen auch über den Arztbesuch soziale Wert- und Normvorstellungen. Diese Wert- und Normvorstellungen unterscheiden sich nicht nur interkulturell, sondern sind auch in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen eines sozialen Systems unterschiedlich.

Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß es soziale Wert- und Normvorstellungen darüber gibt, ob man bei einer bestimmten Krankheit zum Arzt geht oder nicht. Es muß aber darüber hinaus beachtet werden, daß der Arztbesuch ganz allgemein sehr unterschiedlich beurteilt werden kann. Der halb- oder vierteljährliche Arztbesuch kann zum feststehenden Ritual einer als vernünftig deklarierten Lebensführung gehören, der Arztbesuch kann aber auch das zähneknirschende Eingeständnis sein, daß es nun ohne ärztliche Hilfe wirklich nicht mehr geht, weil man halt zu schwach war, mit der Krankheit selbst fertigzuwerden.

b) Der Arztbesuch bedeutet für den Patienten unter anderem, daß sein Krankheitsverhalten nicht mehr von ihm selbst bestimmt werden kann. Der Arzt beansprucht für sich ja die Kompetenz, das Krankheitsverhalten seiner Patienten reglementieren zu können. Ärztliche Anordnungen können ihrerseits aber die verschiedensten direkten und indirekten sozialen Kosten verursachen. Das Arbeitsverbot als ärztliche Anordnung mag vielfach ein Grund sein einen Arzt aufzusuchen, in dem Moment aber, wo als indirekte Folge des Arbeitsverbots eine Versetzung an einen schlechteren Arbeitsplatz, negative Sanktionen von Seiten der Arbeitskollegen oder gar die Entlassung befürchtet werden muß, wird dieses ärztlich angeordnete Arbeitsverbot ein Grund, einen Arzt auch dann nicht aufzusuchen, wenn man eigentlich überzeugt ist, daß ärztliche Hilfe notwendig wäre. Daß diese indirekten sozialen Kosten des Arztbesuches bei bestimmten Bevölkerungsgruppen (etwa Gastarbeitern) sehr viel wahrscheinlicher entstehen als bei anderen (etwa Beamten) liegt auf der Hand. Das Arbeitsverbot, mit dem man als Folge eines Arztbesuchs immer rechnen muß, wird aber auch dann zu einer Barriere zwischen Arzt und Patient, wenn man selbst der Überzeugung ist, daß man in der Firma etc. unentbehrlich ist.

Was hier für das ärztlich angeordnete Arbeitsverbot näher ausgeführt ist, kann dahingehend verallgemeinert werden, daß immer dann Barrieren zwischen Arzt und Patient auftreten können, wenn befürchtet werden muß, daß sich aus den ärztlichen Anordnungen Nachteile im Berufs-, Familien- und Freizeitbereich ergeben können. Zur Illustration sei darauf verwiesen, daß nicht nur das ärztlich angeordnete Arbeitsverbot, sondern auch Rauch- und Alkoholverbot oder Diätvorschriften einschneidende Konsequenzen im sozialen Bereich haben können.

### 3.) Finanzielle und zeitliche Kosten.

Auch wenn die Benutzung ärztlicher Hilfe in der BRD kostenlos ist, so entstehen durch den Arztbesuch doch noch gewisse finanzielle Kosten, außerdem verursacht ein Arztbesuch meistens einen erheblichen zeitlichen Aufwand.

Wenn die direkten finanziellen Kosten, die etwa durch die Fahrt zum Arzt entstehen, auch keinen Einfluß auf die Entscheidung ob ein Gesundheitsgestörter einen Arzt besucht bzw. nicht besucht haben werden, so könnten bei dieser Entscheidung doch die indirekten finanziellen Kosten, die durch einen Arztbesuch entstehen könnten, eine Rolle spielen. Es kommen hier vor allem der Verlust, der in vielen Betrieben eingeführten Anwesenheitsprämie und der Fortfall von Überstundenverdienst im Krankheitsfall in Frage. Die Anwesenheitsprämie schwankt in ihrer Höhe von Betrieb zu Betrieb, sie liegt ungefähr zwischen 300,- und 500,- DM und wird nur dann voll ausbezahlt, wenn man keine Fehlzeiten aufzuweisen hat. Für jeden Tag, den man aus welchen Gründen auch immer gefehlt hat, wird ein Betrag, z.B. von 30,- DM, abgezogen.

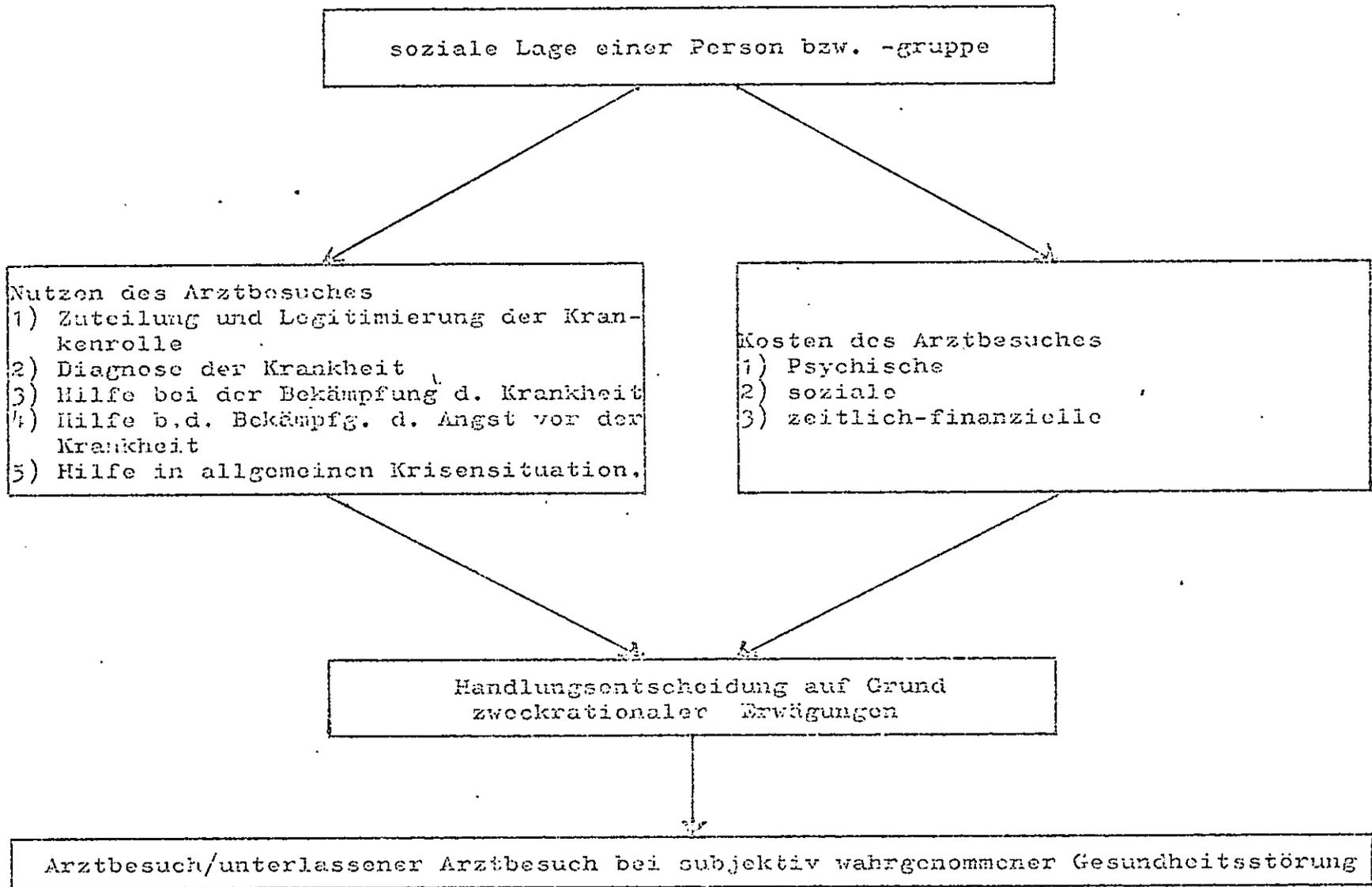
Der zeitliche Aufwand für einen Arztbesuch ist in der Regel doch recht erheblich. Der Großteil dieses Aufwands entfällt auf die Fahrt zum Arzt und auf die Wartezeit vor der Behandlung, die ärztliche Behandlung selbst macht nur einen kleinen Teil dieses zeitlichen Aufwands aus.

Wesentlich ist also hier einmal die verkehrsmäßige Erreichbarkeit des Arztes. Hier wird es weniger darum gehen, wieviele Kilometer ein Arzt vom Patienten entfernt ist<sup>165)</sup>, sondern um die subjektive Einschätzung der verkehrsmäßigen Erreichbarkeit des Arztes. Diese subjektive Einschätzung wird von mehreren Faktoren abhängen, wie objektive Entfernung zum Arzt, zur Verfügung stehende private und/oder öffentliche Verkehrsmittel, subjektive Einschätzung einer Person oder einer Gruppe von nah und entfernt. Auch bei der Zeit, die man vor der Behandlung im Wartezimmer des Arztes verbringt, ist die subjektive Erwartung und Einschätzung wesentlich als die objektive Dauer. Wie hoch der Wartezimmeraufenthalt als Kosten des Arztbesuches zu Buche schlägt, wird nur indirekt mit der objektiv meßbaren Wartezeit zusammenhängen. Wesentlich wird hier unter anderem sein, ob jemand sehr beschäftigt ist, ob die Wartezeit von der Freizeit und der Arbeitszeit abgeht, ob sich jemand in einem ärztlichen Wartezimmer wohl fühlt, etc. Einige Beispiele mögen verdeutlichen, was gemeint ist. Es ist zu erwarten, daß ein Rentner, der mit seiner Zeit nicht viel anzufangen weiß, unter Umständen recht gern eine Stunde im Wartezimmer eines Arztes verbringt, wo er Zeitschriften lesen und sich mit anderen Patienten unterhalten kann. Bei einer Mutter, die drei Kinder ohne Aufsicht zuhause weiß, wird dies sehr viel weniger der Fall sein. Auch demjenigen, der während der Arbeitszeit den Arzt aufsucht, wird eine längere Wartezeit weniger ausmachen, als demjenigen, der den Arztbesuch in seiner Freizeit abwickelt, weil er zu ängstlich ist, sich für den Arztbesuch arbeitsfrei geben zu lassen bzw. nicht sicher ist, daß ihn der Arzt aufgrund des Besuches krank schreibt. Die Zeit im Wartezimmer wird sich schließlich auch für denjenigen, der kontaktscheu ist und es nicht leiden kann, mit vielen fremden Menschen in einem relativ kleinen Raum zusammen zu sein, als unangenehmer und damit "kostspieliger" darstellen, als für jemanden, der es liebt, mit fremden Menschen in Kontakt zu treten.

## 6. Der Arztbesuch als zweckrationales, soziales Handeln

Wir sind bei unserem theoretischen Ansatz davon ausgegangen, daß der Arztbesuch als zweckrationales Handeln interpretiert werden kann. D.h., daß der Arztbesuch das Ergebnis einer mehr oder weniger bewußten bzw. unbewußten Kosten-Nutzenerwägung ist. In einem nächsten Schritt haben wir versucht, aufzuzeigen, welchen Nutzen ein Arztbesuch in dem sozialen System der Bundesrepublik Deutschland abwerfen kann und welche Kosten entstehen können. Soweit es möglich war, wurden darüberhinaus die sozialen Bedingungen genannt, unter denen bestimmte Nutzen- bzw. Kostenfaktoren relevant bzw. irrelevant sind.

Ungeklärt ist aber die Frage, wie stark bestimmte Erwartungen von Nutzen bzw. von den Kosten eines Arztbesuches sein müssen, daß es zum Arztbesuch kommt bzw. der Arztbesuch unterlassen wird. Auch bei dieser Frage kann es nicht darum gehen, den individuellen psychologischen Ablauf der Nutzen-Kostenerwägung zu untersuchen, sondern die sozialen Bedingungen zu eruieren, unter denen diese Kosten-Nutzenerwägung zu dem Ergebnis Arztbesuch bzw. unterlassener Arztbesuch führen. In der folgenden schematischen Darstellung sind die vermuteten Zusammenhänge dargestellt.



In diesem Zusammenhang ist natürlich der unterlassene Arztbesuch aus gesundheitspolitischen Gründen besonders interessant. Wir möchten deshalb an den Schluß unserer Ausführungen das Beispiel einer Anwendung unserer vorgelegten theoretischen Überlegungen einer Differenzierung der Frage nach dem unterlassenen Arztbesuch stellen.

### 7. Der unterlassene Arztbesuch

Über den unterlassenen als auch über den aufgeschobenen Arztbesuch gibt es insbesondere in Amerika eine umfangreiche Literatur<sup>165) 167)</sup>. Dabei zeigt es sich aber, daß schon darüber, was mit aufgeschobenem bzw. unterlassenem Arztbesuch gemeint ist, keine Klarheit besteht. KASL und COBB<sup>168)</sup>, die sich mit diesem Tatbestand näher auseinandersetzen, weisen etwa darauf hin, daß COBB et.al.<sup>169)</sup> aufgeschobenen Arztbesuch bei Krebserkrankung definieren als "waiting more than three months after cancer was suspected", während GOLDBEN et.al.<sup>170)</sup> "call delays are those who waited at least three months between onset of symptoms and first attempts to seek diagnosis". Nach der gleichen Quelle unterscheidet KUTNER et.al.<sup>171)</sup> zwischen unverhütbaren und verhütbaren aufgeschobenen Arztbesuch, wobei diese Unterscheidung die Vorstellung zugrundeliegt, daß der aufgeschobene Arztbesuch dann unhütbar ist, wenn der Gesundheitsgestörte zwar die Gesundheitsstörung wahrnimmt, aber keine ärztliche Behandlungsbedürftigkeit sieht; der verhütbare aufgeschobene Arztbesuch läge dann vor, wenn ein Gesundheitsgestörter zwar die Einsicht hat, daß seine Gesundheitsstörung ärztlich behandelt werden muß, trotzdem aus irgendwelchen anderen Gründen den Arzt aber nicht aufsucht.

Unterlassener Arztbesuch wird z.B. festgestellt, wenn die Benützungquote ärztlicher Dienste verschiedener demographischer Gruppen untersucht wird. Als Beispiel

sei der Titel einer Arbeit von ROSENBLATT und SUCHMANN genannt: "The under utilization of medical care services by blue collarites"<sup>172)</sup>. Unterlassener Arztbesuch liegt aber auch dann vor, wenn man feststellt, daß bestimmte Personengruppen bei schweren Leiden nicht zum Arzt gehen.<sup>173)</sup> Wir wollen im folgenden aus Raumgründen uns auf die Anwendung unseres theoretischen Konzeptes auf den unterlassenen Arztbesuch beschränken. Systematisch betrachtet ergeben sich aus den oben genannten Beispielen folgende Möglichkeiten, unterlassenen Arztbesuch zu definieren. Ein unterlassener Arztbesuch liegt dann vor, wenn

- a) eine Person bzw. Gruppe ohne subjektiv wahrgenommene Gesundheitsstörung keinen Arzt aufsucht, obwohl sie nach dem Urteil medizinischer Experten gesundheitsgestört ist;
- b) eine Bevölkerungsgruppe im Durchschnitt in einem bestimmten Zeitraum den Arzt weniger aufsucht als vergleichbare andere Bevölkerungsgruppen oder als die Gesamtgruppe;
- c) eine Person bzw. Gruppe mit subjektiv wahrgenommener Gesundheitsstörung keinen Arzt aufsucht, weil sie die Gesundheitsstörung für nicht behandlungsbedürftig ansieht, diese Gesundheitsstörung von medizinischen Experten aber für behandlungsbedürftig angesehen wird;
- d) eine Person bzw. Gruppe mit subjektiv wahrgenommener Gesundheitsstörung einen Arzt aufzusuchen beabsichtigt, diese Absicht aber aus irgendwelchen Gründen nicht ausführt.

In allen den genannten Fällen ist es durchaus sinnvoll von unterlassenem Arztbesuch zu sprechen. Wird nach der Verursachung dieser verschiedenen Formen des unterlassenen Arztbesuches gefragt, so zeigt es sich allerdings, daß für soziologische und sozialpsychologische Forschungsinstrumentarien bestimmte Formen besser, andere schlechter zugänglich sind. Insbesondere dort, wo es um die Aufklä-

rung jener psychischen Vorgänge geht, die dazu führen, daß sich jemand als krank bzw. gesund und als ärztlich behandlungsbedürftig bzw. nicht behandlungsbedürftig fühlt, wird der Soziologe wenig auszusagen haben. Erst wenn diese Vorgänge gruppenspezifisch ablaufen, setzt das soziologische Interesse ein. Der Soziologe wird auch dort allein wenig ausrichten können, wo das Urteil medizinischer Experten ausschlaggebend ist, ob ein unterlassener Arztbesuch vorliegt oder nicht.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen ergibt sich aufgrund unserer theoretischen Überlegungen für den unterlassenen Arztbesuch eine Differenzierung der Problemstellung. Es wird beim unterlassenen Arztbesuch immer zu fragen sein:

- 1) Unterbleibt der Arztbesuch, weil man sich vom Arztbesuch keinen oder nur geringen Nutzen verspricht, dabei ist dann weiter zu fragen, welche Nutzenerwartungen fallen aus oder sind irrelevant?
- 2) Unterbleibt der Arztbesuch, weil er mit zu hohen Kosten verbunden ist, dabei ist weiter zu fragen, wie sehen diese Kosten aus?
- 3) Gibt es soziale Ursachen für den Ausfall der Nutzenerwartungen bzw. für die Höhe der Kosten?

#### 8. Schlußbetrachtung

Ein theoretischer Ansatz beweist seine Brauchbarkeit letztlich immer dadurch, ob mit seiner Hilfe zukünftiges Geschehen prognostiziert werden kann oder nicht.

Dies kann der vorliegende theoretische Ansatz zweifelsohne noch nicht. Es ist nun eine relativ offene Frage, unter welchen Bedingungen ein theoretischer Ansatz, der dies noch nicht leisten kann, von Nutzen ist.

Folgende Bedingungen sollten bei einem theoretischen Ansatz u.Ä. erfüllt sein:

- 1) Hypothesen, die aus diesem theoretischen Ansatz abgeleitet werden können, dürfen keinen empirisch gesicherten Forschungsergebnissen widersprechen.
- 2) Das vorhandene, empirisch gesicherte Wissen über den Bereich, den der theoretische Ansatz abdeckt, muß die theoretischen Annahmen stützen.
- 3) Mit Hilfe des theoretischen Ansatzes sollen empirisch gesicherte Forschungsergebnisse, deren Erklärung mit Hilfe der vorliegenden theoretischen Ansätze zweifelhaft war, einsichtiger erklärt werden können.
- 4) Aus dem theoretischen Ansatz sollen sich Hypothesen ableiten lassen, deren Überprüfung eine Falsifizierung des theoretischen Ansatzes erlaubt.

Wir hoffen, daß bei unseren Darlegungen Punkt 1 und 2 erfüllt sind. Zu den Punkten 3 und 4 sollen in näherer Zukunft Arbeiten vorgelegt werden.

## Literaturverzeichnis

1. MECHANIC, D.: The concept of illness behavior  
Journal of Chronic Diseases  
15, 1962, S. 189
2. MECHANIC, D.: Medical sociology  
London 1968, S. 115 ff.
3. PFLANZ, M.: Gesundheitsverhalten  
Mensch und Medizin 6, 1965, S. 171 ff.
4. MCKINLAY, J.B.: Some approaches and problems in the  
study of the use of services -  
An Overview  
Journal of Health and Social Behavior  
13, 1972, S. 115-152
5. a.a.O.
6. a.a.O., S. 119
7. a.a.O., S. 121
8. a.a.O., S. 122
9. a.a.O., S. 122-128
10. a.a.O., S. 128-132
11. a.a.O., S. 132-138
12. KASL, S.V.; S. COBB: Health behavior, illness behavior  
and sick role behavior  
Archives Environmental Health 12,  
1966, S. 258
13. Commission on Chronic Illness:  
Chronic illness in a large City  
Cambridge 1957
14. EIMEREN, W. v.; H.K. SELBMANN; K. ÜBERLA:  
Modell einer allgemeinen Vorsorge-  
untersuchung  
Stuttgart 1972, S. 15
15. STOECKLE, J.D.; J.K. ZOLA; G.E. DAVIDSON:  
On going to see the doctor, the  
constitutions of the patient to the  
decision to seek medical aid  
J. Chron. Dis., Vol. 16, 1963, S. 976

16. WEBER, M.:                   Wirtschaft und Gesellschaft  
1964, S. 3
- 16a. a.a.O., S. 16
- 16b. a.a.O., S. 14 ff.
17. WEBER, M.:                   a.a.O., S. 17
- 17a. a.a.O., S. 18
- 17b. ROSENSTOCK, I.M.:       Why people use health services  
Milbank Memorial Fund Quarterly  
44, 1966, S. 94-124
- 17c. HOCHBAUM, G.M.:       Public participation in medical  
screening programs  
Washington D.C.  
U.S. Publ. Serv. Public., No. 622
18. MERTON, R.K.:           Social theory and social structure  
Glencoe 1957
19. CLARK, M.:               Health and the mexican-american culture  
Berkeley 1959, S. 253 ff.
20. FINZEN, A.:              Arzt, Patient und Gesellschaft  
Stuttgart 1969, S. 22-28
21. FIELD, M.G.:            Structured strain in the role of the  
soviet physicians  
in: W.R. Scott, E.H. Volkart (Hrsg.)  
Medical Care, New York 1966, S. 194-208
22. LIEBAU, R.W.:          Sorcery, illness and social control  
in a philippine municipality  
in: W.R. Scott, E.H. Volkart  
a.a.O., S. 222-232
23. PARSONS, T.:            Illness and the role of the physician  
A sociological perspective  
Am. J. Orthopsychiatry 21, 1951, S. 457-  
459
24. PARSONS, T.:            Struktur und Funktion der modernen Me-  
dizin  
in: R. König, M. Tönnemann: Probleme  
der Medizin-Soziologie  
Sonderheft 3, Köln, Zeitschr. f. Soz.  
1958, S. 17
25. BALINT, M.:            The doctor, his patient and the illness  
London 1966, S. 282 ff.

26. PARSONS, T.: Definitions of health and illness in the light of American values and social structure  
in: T. Parsons: Social Structure and Personality, New York 1954, S. 278 ff.
27. ROHDE, J.J.: Die Rolle des Arztes: Gesundheitsingenieur oder Heilbringer?  
in: Das Unbenagen in der Medizin  
Vorträge des 13. Intern. IMA-Seminars 1969, S. 90 f.
28. STOECKLE, J.; I.K. ZOLA; G.E. DAVIDSON:  
On going to see the doctor, the constitutions of the patient to the decision to seek medical aid  
a.a.O., S. 979-984
29. PFLANZ, M.; J.J. ROHDE:  
Illness: Deviant Behavior or conformity  
Soc. Sci. and Med., Vol. 4, 1970, S. 645-653
30. PARSONS, T.: a.a.O., S. 455 ff. 1951  
a.a.O., S. 16 ff. 1958
31. PARSONS, T.: a.a.O., S. 17 1958
32. FREIDSON, E.: Profession of medicine  
New York 1971, S. 224-243
33. PARSONS, T.: a.a.O., S. 12 1958
34. STOECKLE, J.D.; I. ZOLA; G.E. DAVIDSON:  
a.a.O., S. 983
35. MECHANIC, D.; E.H. VOLKART:  
Stress, illness behavior and the sick role  
Americ. Soc. Rev. 26, 1961, S. 56
36. HAWKINS, N.G.; T.H. HOLMES:  
Environmental considerations in tuberculosis  
Transactions of the 50. Anniversary meeting of the National Tuberculosis Association 1954
37. Anonym: Tuberculosis in Immigrants Tubercle  
38, 1957
38. MEYERS, H.L.; G. JACOBSON; F.W. OECHSLI:  
The Los Angeles County Jail Chest Roentgenographic Screening Program  
Am. Rev. Tuberc. 74, 1956

39. SOPP, H.: Sozialmedizinische Aspekte des Krankenstandes Arbeit und Leistung, 2. Jrg. 2/3, 1966, S. 48
40. LINDEMANN, E.: The meaning of crisis in individual and family living Teachers Coll. Rec. 57, No. 4, 1956
41. KLEIN, D.C.; E. LINDEMANN: Preventive intervention in individual and family crisis in: Caplan G. (ed.): Prevention of Mental Disorder in Children New York 1961, S. 283
42. PARAD, N.J.; G. CAPLAN: A frame work for studying families in crisis Social Work 5, 1960, S. 3
43. SIFNEOS, P.E.: A concept of emotional crisis Ment. Hyg. 44, 1960, S. 160
44. STOECKLE, J.D.; J.K. ZOLA; G.E. DAVIDSON: a.a.O., S. 983
45. CHEN, E.; S. COBB: Family structure in relation to health and disease J. of Chronic Diseases 12, 1960, S. 561
46. a.a.O., S. 560
47. SOPP, H.: Was der Mensch braucht Düsseldorf 1968, S. 72
48. ROGHMANN, K.J.; R.J. HAGGERTY: The diary as a research instrument in the study of health and illness behavior Medical Care 10, H. 2, 1972, S. 148 ff.
49. GRAHAM, D.T.; I. STEVENSON: Disease a response of life stress in: D.T. Graham, I. Stevenson: Psychological Basis of Medical Practice New York 1963
50. RAHE, R.H.: Longitudinal study of life change and illness J. Psychosom. Res. 10, 1967, S. 355 ff.
- RAHE, R.H.: Subjects' recent life changes and their near-future illness susceptibility in: Z.J. Lipowski: Psychosocial aspects of plupital illness München 1972, S. 2-17
51. FERBER, Ch. v.: Die modernen Befindlichkeitsstörungen aus der Sicht des Soziologen Ztschr. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 1, 1968, S. 5

52. KELLNER, W.: Der betriebliche Krankenstand und seine soziologischen Ursachen  
Stuttgart 1967, S. 69-74
53. SOPP, H.: Sozialmedizinische Aspekte des Krankenstandes  
a.a.O., S. 48 ff.
54. SCHWARZENAUER, W.: Gesundheitsverhalten im vorärztlichen Raume  
Protokoll Nr. 57, 1972 der Evangelischen Akademie Hofgeismar
- 54a. GADOUREK, J.; W. GROFFEN: Arbeitsabwesenheit und Wohlbefinden bei Berufstätigen  
in: Humboldt Universität Berlin  
Med. und Soziologie Bd. 3, Berlin 1969  
S. 249  
siehe dazu auch:  
Gadourek, J.: Absences and wellbeing of workers  
Assen 1965
55. FIELD, M.G.: a.a.O., S. 194-208
56. WAITZKIN, H.: Latent functions of the sick role in various institutional settings  
Soc. Sci. and Med., 5, 1971, S. 53-57
57. LITTLE, R.W.: The sick soldier and the medical ward officer  
Human. Organ., 15, 1956, S. 22-24
58. SOPP, H.: Was der Mensch braucht  
a.a.O., S. 65-80
59. KELLNER, W.: a.a.O., S. 48-51
- 59a. ZIMMERMANN, W.: Fehlzeiten und industrieller Konflikt  
Stuttgart 1970, S. 109
60. PFLANZ, N.: Sozialer Wandel und Krankheit  
Stuttgart 1962, S. 363-368
61. CLARK, M.: a.a.O., S. 198 ff.
62. COLE, S.; R. LEJEUNE: Illness and the legitimation of failure  
Am. Soc. Rev. 37, 1972, S. 347-356
63. KELLNER, W.: a.a.O., S. 28-40
64. SOPP, H.: Zur Soziologie des Krankenstandes  
Münch. Med. Wochenschr. 100, 1958, S. 49

65. GORDON, G.: Role theory and illness  
New Haven 1966
66. BUTLER, I.R.: Illness and the sick role  
An evaluation in three communities  
21, 1970, S. 254
67. KAUPEN-HAAS, H.: Stabilität und Wandel ärztlicher  
Autorität  
Stuttgart 1969, S. 15
68. SOPP, H.: Was der Mensch braucht  
a.a.O., S. 72
69. RHODE, J.J.: Die Rolle des Arztes  
Gesundheitsingenieur oder Heilbringer  
a.a.O., S. 71 ff.
- 69a. BALINT, M.: a.a.O.
70. PFLANZ, M.: Der Entschluß zum Arzt zu gehen  
Hippokrates 35, 1964, S. 895
71. Für den Arbeiter bestimmt das Lohnfortzahlungsgesetz vom  
1. Jan. 1970 § 3, Satz 1: Der Arbeiter ist verpflichtet,  
dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraus-  
sichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen und vor Ablauf des  
3. Kalendertages nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine  
ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit sowie  
deren voraussichtlicher Dauer nachzureichen.  
Für den Angestellten regeln die Angestelltentarifverträge  
die Frage der Legitimationspflicht von Erkrankungen.  
Grundsätzlich stellt aber ein BAG-Urteil vom 25.7.1968  
AZR 360/67 fest: Einer grundsätzlichen Pflicht des Ange-  
stellten seine Arbeitsunfähigkeit unter Vorlage einer  
ärztlichen Bescheinigung dem Arbeitgeber innerhalb von 3  
Tagen zu melden besteht nicht.  
Ein weiteres BAG-Urteil vom 9.4.1960 - Z AZR 457/57  
stellt fest, daß es einem Angestellten nicht zugemutet  
werden kann, wegen 1 oder 2-tägiger Erkrankung einen Arzt  
zwecks Bestätigung dieser Krankheit aufzusuchen.
72. SCHOSTAK, A.; W. GONBERG:  
Blue collar world  
New Jersey 1965<sup>2</sup>
73. KELLNER, W.: a.a.O., S. 31
74. MECHANIC, D.; E.H. VOLKART:  
a.a.O.,
75. WAITZKIN, H.: a.a.O.

76. WAITZKIN, H.: a.a.O, S. 49
77. a.a.O., S. 53-57
78. KELLNER, W.: a.a.O., S. 69 f.
79. FREIDSON, G.: Profession of medicine  
New York 1971<sup>2</sup>, S. 289
80. FREEMAN, H.; S. DEVINE; L.G. REEDER:  
Handbook of medical sociology  
London 1963; S. 119
81. PARSONS, T.; R. FOX: Illness, therapy and the modern  
urban american family  
in: E.G. Jaco (ed.): Patients, physician  
and illness  
Glencoe 1958, S. 240 f.
82. MECHANIC, D.: Illness and social disability  
Some Problems in Analysis  
Pacific Soc. Rev., H. 2, 1959, S. 38 f.
83. PETRONI, F.: Significant others and illness be-  
havior:  
A much neglected sick role contingency  
Soc. Quarterly 10, 1969, S. 32-41
84. SUCHMAN, E.A.: Stages of illness and medical care  
J. of Health and Hum. Beh. 6, 1965,  
S. 119
85. KOOS, E.: The health of Regionville  
New York 1954
86. a.a.O.
87. MECHANIC, D.: The influence of mothers of their  
children's health attitudes and  
behavior  
Pediatrics 3, Bd. 23, 1964, S. 444-453
88. MECHANIC, D.: The concept of illness behavior  
a.a.O.
89. WILLIAMS, J.F.: Disease as deviance  
Soc. Sci. and Med. 5, 1971, S. 221
90. WAITZKIN, H.: a.a.O., S. 58
91. NUDELMAN, A.E.; B.E. NUDELMAN:  
Health and illness behavior of  
Christian Scientist  
Soc. Sci. and Med. 6, 1972, S. 253-262

92. ZOLA, I.K.: Culture and symptoms:  
An analysis of patients presenting  
complaints  
Am. Soc. Rev. 31, 1964, S. 615-630
93. SUCHMAN, E.A.: Sociomedical variations among ethnic  
groups  
Amer. J. of Soc. 70, 1964, S. 319-331
94. MECHANIC, D.: Religion, religiosity and illness  
behavior  
The special case of the Jews.  
Human Organismat. 22, 1963, S. 202-208
95. SUCHMAN, E.A.: Social patterns of illness and medical  
care  
J. Health Hum. Behavior 6, 1965, S. 2-16
96. CLARK, M.: a.a.O.
97. Gesellschaft für Grundlagenforschung im Auftrag der Bundes-  
zentrale für gesundheitliche Aufklärung:  
Repräsentativbefragung der Bevölke-  
rung der BRD  
München 1971, Berichtsband S. 6, GfG-St.
98. THURLOW, H.J.: Illness in relation to life situation  
and sick-role tendency  
J. Psychosom. Res. 15, 1971, S. 78
99. PEARSE, I.H.; Z.H. CROCKER:  
The peckham experiment  
London 1949
100. SCHWARZENAUER, W.: a.a.O., S. 6
101. WADSWORTH, M.: Health and sickness  
London 1971, S. So ff.
102. BUTLER, I.R.: a.a.O., S. 247 ff.
103. FREIDSON, H.: a.a.O., S. 286
104. KASL, S.V.; S. COBB: a.a.O., S. 256  
dort auch weitere Literatur zu d. Thema
- 104a GfG-Studie a.a.O.
105. KAPNICK, P.L.: Age differences in opinions of health  
care services  
Gerontologist 12, 1972, S. 294-297
106. DICICCO, L.; D. APPLE:  
Health needs and opinions of older adults  
in: Apple, D. (ed.): Studies of Health  
and Sickness  
New York 1960, S. 26 ff.

107. PETRONI, F.A.: The influence of age, sex and chronicity in perceived legitimacy to the sick role  
Sociology and Social Research 53, 1969, S. 180-193
108. KASL, S.V.; S. COBB:a.a.O., S. 256
109. JOHNSON, M.L.: Self-perception of need amongst the elderly: An analysis of illness  
Social Rev. 20, 1972, S. 527
110. CLARK, M.: a.a.O., S. 195 ff.
111. SUCHMAN, E.A.: Sociomedical variations among ethnic groups  
a.a.O.
112. MECHANIC, D.: Religion, religiosity and illness behavior  
a.a.O.
113. NUDELMAN, A.E.; B.E. NUDELMAN:  
a.a.O.
114. KOOS, E.L.: a.a.O., S. 30-38
115. FREIDSON, H.: a.a.O., S. 288
116. HYMAN, M.D.: Some links between economic status and untreated illness  
Soc. Sci. and Med. 4, 1970, S. 387-397
117. SCHOSTAK, A.: a.a.O., S. 341-349
118. STRAUSS, A.L.: Medical organization, medical care and lower income groups  
Soc. Sci. and Med. 3, 1969, S. 143-177
119. BUTLER, I.R.: a.a.O., S. 247 ff.
120. BICE, T.W.; E. KALIMO:  
Comparison of health related attitudes: A cross national factor analytic study  
Soc. Sci. and Med. 5, 1971, S. 283-318
121. Institut für Demoskopie Allensbach:  
Soziologische Daten zur Gesundheitspolitik - Gutachten über eine Bevölkerungsumfrage in Hessen, 1958, unveröffentlicht  
Tabellenband, Tab. A 98

122. PAULI, H.K.; V. FRICK:  
Der Einfluß sozialer Merkmale  
von Patientinnen auf Vorstellungen  
von Gynäkologen und auf die Einstel-  
lung zur Unterleibsuntersuchung  
Zeitschr. f. Geburts- und Frauenheil-  
kund 29, 1969, S. 452
123. GfG-Studie, Berichtsbank S. 6
124. Institut für Demoskopie:  
a.a.O., Tab. A. 101
125. a.a.O. Berichtsband, S. 27
126. PAULI, H.K.; V. FRICK:  
a.a.O., S. 452
127. ROBINSON, D.:  
The process of becoming illness  
London 1971, S. 12 ff.
128. SUCHMAN, E.A.:  
Stages of illness and medical care  
a.a.O., S. 119
129. LUDWIG, E.G.; G. GIBSON:  
Self perception of sickness and the  
seeking of medical care  
J. of Health and Soc. Beh. 10, 1969,  
S. 128 ff.
130. TAGLIACOZZO, D.M.; K. IMA:  
Knowledge of illness as a predictor  
of patient behavior  
J. of Chron. Diseases 22, 1970, S. 768-  
773
131. LUDWIG, E.G.; G. GIBSON:  
a.a.O.
132. U.S. Department of Health, Education and Welfare:  
Health Statistics: Attitudes toward  
cooperation in a health examination  
survey  
Public Health Service Series D. Nr. 6,  
1961, zitiert nach Kasl, S.V.; Cobb,  
S. a.a.O., S. 250
133. TAGLIACOZZA, D.M.; K. IMA:  
a.a.O.
134. LEWIS, H.; I. LOPREATO:  
Arationality, ignorance and perceived  
danger in medical practice  
Am. Soc. Re. 27, 1962, S. 509 ff.

135. TAGLIACCOZZA, D.M.; K. IMA:  
a.a.O.
136. SCHWARZENAUER, W.: a.a.O., S. 8
137. McKINLAY, J.B.: a.a.O., S. 136
138. BALINT, M.: a.a.O.
139. GOLDSSEN, R.R.; P.R. GERHARDT; V.A. HANDY:  
Some factors related to patient delay  
in seeking diagnosis for cancer  
symptoms  
"Cancer" 10, 1957, S. 1-7  
siehe dazu die zusammenfassende Lite-  
raturarbeit von  
Kutner, B.; H.B. Makover, A. Oppenheim:  
Delay in the diagnosis and treatment  
of cancer: A critical analysis of  
the literature  
J. of Chron. Deases 7, 1958, S. 95-120  
sowie das psychologischen Entschei-  
dungsmodell von Schontz:  
F.C. Schontz: The personal meaning of  
illness in Ligowski:  
a.a.O., S. 63-85
140. JANIS, L.L.; S. FESHBACH:  
Effects of fear-arousing communicationist  
J. Abnorm Soc. Psychol. 48, 1953,  
S. 78-92
141. Zusammenfassung der relevanten Literatur bei Kasl, S.V.  
u. S. Cobb: a.a.O., S. 257
142. CANTRIL, H.: The pattern of human concerns  
New Brunswick 1965, S. 407  
zitiert nach Kadushin, C.:  
Social class and ill health: The need  
for further research  
Soc. Inquiry Toronto 37, 1967, S. 321
143. BLINT, M.: a.a.O.
144. ROHDE, J.J.: Die Rolle des Arztes  
a.a.O.
145. CLYNE, M.B.: Night calls: A study in general practice  
London 1961
146. STOECKLE, J.D.; G.E. DAVIDSON:  
Bodily complaints and other symptoms  
of depressive reaction  
JAMA 180, 1962, S. 134-139
- STOECKLE, J.D. G.E. DAVIDSON:  
Communicating aggrieved feelings  
in the patient's initial visit to

- STOECKLE, J.D.; I.K. ZOLA:  
Views, problems and potentialities of  
the clinic  
Medicine 43, 1964, S. 413-422
- STOECKLE, J.D.; I.K. ZOLA; G.E. DAVIDSON:  
On going to see the doctor, the  
contributions of the patient to the  
decision to seek medical aid  
a.a.O., S. 975-989
- STOECKLE, J.D.; I.K. ZOLA; G.E. DAVIDSON:  
Quantity and significance of psycholo-  
gical distress in medical patients:  
Some preliminary observations about  
the decision to seek medical aid  
J. Chron. Dis. 17, 1964, S. 959-970
147. KASL, S.V.; S. COBB:a.a.O., S. 260
148. Institut für Demoskopie:  
a.a.O., Berichtsband, S. 36 u. 64
149. MECHANIC, D.; E.H. VOLKART:  
Illness behavior and medical diagnosis  
J. of Health and Hum. Behav. 1, 1960,  
S. 92
150. MECHANIC, D.; E.H. VOLKART:  
Stress, illness behavior and the sick  
role  
a.a.O., S. 56
151. a.a.O., S. 57
152. THURLOW, H.J.: a.a.O., S. 85
153. FREIDSON, E.: a.a.O., S. 299
154. ebd.
155. MCKINLAY, J.B.: a.a.O., S. 119-120
156. PAULI, H.K.; V. FRICK:  
a.a.O.
157. Institut für Demoskopie:  
a.a.O., Tabellenband, Tab. A 32
158. SCHWARZENAUER, W.: a.a.O., S. 8
159. KING, S.H.: Perception of illness and medical  
practice  
New York 1962, S. 218-224  
siehe auch S. 227-231 (Kommunikations-  
barrieren)

160. PAULI, H.K.; V. FRICK:  
a.a.O., S. 451
161. SIEGRIST, J.; H. BERTRAN:  
Schichtspezifische Variationen  
des Krankheitsverhaltens  
Soziale Welt, Jhrg. 20/21, 2, 1970/71,  
S. 451
162. OSOFSKY, J.H.: The walls are within: An examination  
between middle-class physicians and  
poor patients  
In: I. Deutscher  
E.J. Thompson (eds.): Among the people  
London 1968, S. 239-257
163. RAINWATER, L.: The lower class  
Health, illness and medical institutions  
in: I. Deutscher, E.J. Thompson (eds.)  
a.a.O.
164. WILLIAMS, J.I.: a.a.O., S. 222
165. McKINLAY, J.B.: a.a.O., S. 122
166. BLACKWELL, F.: The literatur in delay seeking medical  
care for chronic illness  
Health Education Monographs  
16, S. 3-31
167. McKINLAY, J.B.: a.a.O.
168. KASL, S.V.; S. COBB: a.a.O., S. 257
169. COBB, S. et.al.: Patient-responsible delay of treatment  
in cancer  
"Cancer" 7, 1954, S. 920-926
170. GOLDSSEN, R.K.; P.R. GERHARDT; V.H. HANDY:  
a.a.O.
171. KUTNER, B.; H.B. MAKOVER, OPPENHEIM  
a.a.O.
172. ROSENBLATT, D.; E.A. SUCHMAN:  
The underutilization of medical care  
services by blue collaretics  
in: A.B. Shostak, W. Gomberg (eds.)  
a.a.O., S. 341-349
173. SCHWARZENAUER, W.: a.a.O., S. 7