

Diplomarbeit  
Biopsychosoziale Komplexität in einer internistischen  
Notfallambulanz

Demographische Aufarbeitung unter Berücksichtigung genderspezifischer  
Aspekte

eingereicht von  
Christian Max Sterzer  
geb. am 18.06.1968

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der gesamten Heilkunde  
(Dr.med.univ)

an der

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und  
Psychotherapie

unter der Anleitung von  
PD Dr. Christian Fazekas  
Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Franziska Matzer

27. August 2012

## *Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, am 27. August 2012

Christian Max Sterzer

## DANKSAGUNG

Für die Unterstützung bei meiner Diplomarbeit möchte ich mich bei folgenden Personen herzlich bedanken:

Bei meinen beiden Betreuern, PD Dr. Christian Fazekas und Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Franziska Matzer, für Ihre Geduld, ihre hilfreichen Anregungen und Ihre konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit.

Bei den MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie und der Notaufnahme der Universitätsklinik für Innere Medizin am LKH Graz, deren Mitarbeit bei Organisation, Durchführung und Datenerhebung dieses Forschungsprojektes die Grundlagen für meine Diplomarbeit geschaffen hat.

Bei Mag. Lucas Winter für die Unterweisung in  $\LaTeX$ .

Und schlussendlich bei meiner Grossmutter, meiner Mutter, meiner Schwester und Veronika, die all die Jahre an mich geglaubt und mich unterstützt haben, diesen langen Weg zu Ende zu gehen.

## ABSTRACT

**Background:** This study is part of a project that explored the prevalence of high bio-psycho-social complexity in patients visiting the emergency room (ER) for Internal Medicine at the University Hospital of Graz. It investigates demographical variables in consideration of gender-related aspects of patients in the Manchester Triage groups 3-5 in the ER during one week.

**Methods:** Within the study period patients visiting the emergency room and being triaged into Manchester-Groups 3-5 were invited to participate in this research project. Bio-psycho-social complexity was assessed by the Intermed-Method, yet this thesis refers to sociodemographic variables that were collected by a structured questionnaire.

**Results:** 167 patients (54% women) participated in this study. The age ranged from 18 to 93 years. Mean age for women was 51 years and 50,3 for men. In the age-group '75+' 70% of the patients were females. 12% of the participants were immigrants. 40% of the female patients visited the emergency room during nighttimes.

Almost half of the women had „upper-body-problems” (chest pain, circulatory or breathing problems etc.) and 4 out of 10 men abdominal pains or diarrhea. Mostly these symptoms were rated more urgent during the night. Between 6% and 16% of the primary symptom ‘pain’ were classified as psychiatric. During the night women were more often hospitalised than during the day (31% vs. 14%). Men were more often admitted to hospital than female patients (36% vs. 14%) in the daytime.

The data confirms that women take more advantage of the health care system as they more often used the ER repeatedly than men in the 12 months prior to this study. Men were more multi-morbid according to the amount of medication ( $\geq 7$ , 17,8% vs. 12,7% women) prescribed.

One of the main findings is that the concept of general practitioners as guides in the health



care system is not of big importance for patients using the emergency room in this study: 18,2% women and 32,1% men were admitted to the hospital by a GP.

**Conclusion:** Several gender-specific factors that may add to bio-psycho-social complexity could be explored. But also some criteria inherent to the triage system were found that could increase bio-psycho-social complexity. An additional tool to evaluate complex patients would be useful in the setting of an emergency room and the restricted amount of time given there. In the coming years dealing with multi-morbidity, chronicity and gender-related diseases will be a major challenge as a result of the demographic change. Appropriate answers to these issues are particularly needed in an ER setting.

## ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Diese Arbeit ist Teil eines Studien-Projektes, welches die Prävalenz biopsychosozialer Komplexität bei PatientInnen in einer internistischen Notaufnahme untersucht hat. Sie beinhaltet eine deskriptive Statistik des Patientenkollektivs, welches die Notaufnahme des LKH Graz während einer Woche besucht hat und legt besonderes Augenmerk auf Gender-Aspekte mit Bezug auf biopsychosoziale Fragestellungen.

**Methodik:** Innerhalb des Untersuchungszeitraumes wurden PatientInnen mit Manchester-Triage-Gruppen 3-5 eingeladen, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen. Die biopsychosoziale Komplexität wurde anhand des Intermed-Interviews bestimmt. Als Teilprojekt befasst sich diese Studie mit soziodemographischen Variablen, die mittels eines strukturierten Fragebogens erhoben wurden.

**Ergebnisse:** 167 PatientInnen (54% Frauen) wurden in die Studie eingeschlossen, interviewt und deren demographische Daten erhoben. Das Durchschnittsalter der Frauen war 51 Jahre, Männer waren durchschnittlich knapp 8 Monate jünger. 70% der PatientInnen über 75 Jahren waren Frauen. Der AusländerInnen-Anteil betrug zwölf Prozent, wobei die Hälfte nicht deutschsprachig war. 40% der weiblichen Patienten kamen nachts in die Notaufnahme.

Fast die Hälfte der Frauen hatte „Probleme des Oberkörpers“ (Thoraxschmerzen, Atem- oder Kreislaufbeschwerden etc.) und vier von zehn Männern Beschwerden des „Bauchraumes“ (Bauchschmerzen bzw. Durchfall). Diese Symptome wurden nachts meistens dringlicher beurteilt als am Tag. Nachts wurden Frauen häufiger stationär aufgenommen als während des Tages (31% vs. 14%). Tagsüber wurden Männer deutlich öfters stationär aufgenommen als Frauen (36% vs. 14%). Zwischen 6% und 16% der mit ‘Schmerzen’ assoziierten Leitsymptome wurden psychiatrisch eingestuft.

Diese Studie unterstreicht, dass Frauen das Gesundheitssystem mehr in Anspruch nehmen

als Männer, da sie die Notaufnahme in einem Zeitraum von 12 Monaten öfters wiederholt frequentierten. Die Zahl der Mehrfachverschreibungen von Medikamenten ( $\geq 7$ ) war bei Männern höher als bei Frauen (17,8% vs. 12,7%).

Ein Hauptergebnis ist, dass das Konzept von HausärztInnen als „Wegweiser“ im Gesundheitssystem für die PatientInnen dieser Studie von keiner grossen Bedeutung ist – für Frauen noch weniger als für Männer (18,2% vs. 32,1%).

**Zusammenfassung:** Mehrere Faktoren, die zur biopsychosozialen Komplexität beitragen, konnten gefunden werden. Aber auch Kriterien, die in den Rahmen eines Triage-Systems gehören und biopsychosoziale Komplexität erhöhen können, wurden identifiziert. Ein Werkzeug zur Evaluierung komplexer PatientInnen könnte für das Setting einer Notaufnahme und der dort beschränkten Zeit von Nutzen sein. Durch den demographischen Wandel der Gesellschaft werden Multimorbidität, Chronizität und gender-spezifische Erkrankungen zunehmende gesundheitsökonomische Herausforderungen in der Primärversorgung sein. Hier gilt es, die richtigen Antworten für eine Notaufnahme, die sich an Behandlungsdringlichkeiten orientiert, zu finden.

# INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Allgemeines	1
1.2	Auswirkungen der Trennung von Geist und Körper auf die PatientInnenversorgung	4
1.3	Biopsychosoziale Komplexität	6
1.3.1	Gender-Medizin	7
1.4	Kosten „komplexer“ PatientInnen für das Gesundheitssystem	8
1.5	Forschungsvorhaben	9
2	MATERIAL UND METHODIK	12
2.1	Untersuchungsansatz	12
2.2	Einrichtungen und MitarbeiterInnen	12
2.3	Untersuchungsinstrumente und Durchführung	13
2.4	ProbandInnen	14
2.5	Auswertung	15
3	ERGEBNISSE	16
3.1	PatientInnenkollektiv	16
3.2	Soziodemographische Daten	16
3.2.1	Geschlecht, Alter und Nationalität	16
3.2.2	Familienstand	18
3.2.3	Lebenssituation	18
3.2.4	Schulbildung	19
	Frauen	19
	Männer	20
3.3	Erwerbstätigkeit	20
3.4	Zuweisungskontext	21
3.4.1	Wie kamen die PatientInnen in die Klinik?	22
3.4.2	Wie hängt die Zuweisung vom körperlichen Zustand der PatientInnen ab?	23
3.5	Leitsymptome	25
3.6	Behandlungsdringlichkeit	28
3.7	Diagnosen	30
3.8	Weiterbehandlung	32

3.9	Medikamentenverordnungen und vergangene Besuche in der Notaufnahme . . .	39
3.9.1	Medikamentenverordnungen . . . . .	39
3.9.2	Verordnung von Analgetika und Psychopharmaka . . . . .	40
3.9.3	Besuch der Notaufnahme . . . . .	42
4	DISKUSSION	46
4.1	Zusammenfassung . . . . .	46
4.1.1	Geschlecht, Alter und Nationalität . . . . .	46
4.1.2	Familienstand . . . . .	47
4.1.3	Schulbildung . . . . .	47
4.1.4	Sozioökonomischer Status . . . . .	48
4.1.5	Zuweisungskontext . . . . .	48
4.1.6	Symptome und Diagnostik . . . . .	49
	Symptome . . . . .	49
	Diagnostik . . . . .	50
4.1.7	Behandlungsdringlichkeit und Inanspruchnahme der Notaufnahme zu unterschiedlichen Tageszeiten . . . . .	50
4.1.8	Weiterbehandlung . . . . .	51
4.1.9	Medikamente . . . . .	52
4.1.10	EBA-Besuche . . . . .	53
4.2	Abschliessendes . . . . .	54

# TABELLENVERZEICHNIS

2.1	Soziodemographische Daten . . . . .	14
-----	-------------------------------------	----

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

1.1	englische Version der Intermed-Matrix – nach Huyse et al., 1999 . . . . .	10
2.1	MTS-Dringlichkeitseinstufung . . . . .	13
3.1	Altersverteilung . . . . .	16
3.2	Nationalitäten . . . . .	17
3.3	Familienstand . . . . .	18
3.4	Lebenssituation . . . . .	19
3.5	Schulbildung Frauen . . . . .	19
3.6	Schulbildung Männer . . . . .	20
3.7	Erwerbstätigkeit . . . . .	21
3.8	Zuweisungskontext . . . . .	21
3.9	Zuweisungskontext im Tagesverlauf . . . . .	22
3.10	Wie kamen die weiblichen Patienten in die Klinik? . . . . .	22
3.11	Wie kamen die männlichen Patienten in die Klinik? . . . . .	22
3.12	Wie kamen die PatientInnen in die Klinik? – Vergleich Tag – Nacht . . . . .	23
3.13	Zuweisungskontext im Vergleich zur Dringlichkeit – Frauen . . . . .	24
3.14	Zuweisungskontext im Vergleich zur Dringlichkeit – Männer . . . . .	24
3.15	Leitsymptome nach Triagierung . . . . .	25
3.16	Leitsymptome Frauen – Tagesverlauf . . . . .	26
3.17	Leitsymptome Männer – Tagesverlauf . . . . .	27
3.18	EBA-Besuche - Tag/Nacht . . . . .	27
3.19	MTS – Einstufung nach Geschlecht . . . . .	28
3.20	Verteilung der Behandlungsdringlichkeit pro Leitsymptom – Tag . . . . .	29
3.21	Verteilung der Behandlungsdringlichkeit pro Leitsymptom – Nacht . . . . .	29
3.22	Verteilung der Diagnosen – Männer . . . . .	30
3.23	Verteilung der Diagnosen – Frauen . . . . .	31
3.24	Weiterbehandlung Frauen – Tag/Nacht . . . . .	32
3.25	Weiterbehandlung Männer - Tag/Nacht . . . . .	33
3.26	Weiterbehandlung nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Tag . . . . .	34
3.27	Weiterbehandlung nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Nacht . . . . .	35
3.28	Weiterbehandlung der Symptome – Frauen . . . . .	36
3.29	Weiterbehandlung der Symptome – Männer . . . . .	37

3.30	Welche Symptome wurden wie diagnostiziert . . . . .	38
3.31	Anzahl der Frauen verschriebenen Medikamente . . . . .	39
3.32	Anzahl der Männern verschriebenen Medikamente . . . . .	39
3.33	Geschlechterverteilung der verschriebenen Schmerzmedikamente . . . . .	40
3.34	Geschlechterverteilung der verschriebenen Psychopharmaka . . . . .	41
3.35	Anzahl der verschriebenen Medikamente nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Frauen . . . . .	41
3.36	Anzahl der verschriebenen Medikamente nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Männer . . . . .	42
3.37	EBA-Besuche Frauen in den zwölf Monaten vor der Studie . . . . .	43
3.38	EBA-Besuche Männer in den zwölf Monaten vor der Studie . . . . .	44
3.39	Durchschnittsalter der PatientInnen in Relation zu der Anzahl der Besuche . . .	45
4.1	Krankenhauszuweisungen in der EU nach Geschlechtern getrennt und Krank- heiten gruppiert . . . . .	52



# KAPITEL 1

## EINLEITUNG

*„Die Dinge des Universums sind nicht wie mit der Axt voneinander getrennt, das Heiße nicht vom Kalten, das Helle nicht vom Dunklen.“* Anaxagoras<sup>1</sup>

### 1.1 ALLGEMEINES

Betrachtet man Sportgroßveranstaltungen, so sieht man ein sehr verbreitetes Bild: z.B. Sportler<sup>2</sup> in den Vorbereitungszonen am Start von Skirennen wie sie mit geschlossenen Augen exakt den Verlauf der Piste mit ihren Händen imitieren oder Hochspringer, die noch kurz vor dem Sprung in Gedanken die entscheidenden Schritte und Bewegungsabläufe mental durchgehen. Anscheinend kann man mit positiven Gedanken und über Spiegelneurone seinen Körper so gezielt auf die sportliche Belastung vorbereiten, dass dieser dann bessere Leistungen bringt. „Mentales Training“ - die Visualisierung von Abfahrtspisten oder das Sich-Vorstellen des Fluges über die Hochsprunglatte - scheint also den Körper in einen Zustand zu versetzen, der ihm eine gewisse Sicherheit vermittelt, dass er den bevorstehenden Belastungen gewachsen ist und diese Aufgaben ruhig und sicher meistern wird. Dass Nervosität, Lampenfieber oder die Angst vor dem Versagen die körperliche Leistung im Sport negativ beeinflussen können, ist eine seit langem bekannte Tatsache. Auch jeder Musiker oder Bergsteiger kennt die Verknüpfung von Angst und körperlicher Leistungsfähigkeit. Herzklopfen, Angstschweiss, Tunnelblick etc. sind die körperlichen Zeichen der essentiellen Angst vor dem Versagen, die einen verunsichert, lähmt und letztendlich unter der eigenen Leistungsgrenze agieren lässt. Doch nicht nur Stressreaktionen auf einen unmittelbaren Stimulus wie die Angst vor dem Fallen beim Sportkletterer wirken limitierend, sondern auch die bloße Kraft der Phantasie - die Sorge um die Zukunft, die Erinnerungen an belastende Ereignisse in der Vergangenheit, die Angst vor sozialen Konflikten am Arbeitsplatz usw. - können in unserem Körper Stressreaktionen auslösen, als ob sie

---

<sup>1</sup>499–428 v. Chr.

<sup>2</sup>Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form steht.

real wären. Andererseits sieht man an schönen Wintertagen mit Inversionswetterlage vor den Skihütten zahlreiche Sonnenhungrige, die begierig mit geniessendem Blick sich dem Sonnenbad hingeben, um für das Grau in den nebligen Tälern wieder energetisch gewappnet zu sein und winterlich-depressiven Verstimmungen vorbeugen zu können. Es ist also eine allgemein anerkannte Tatsache, dass Geist und Körper (und umgekehrt) sich gegenseitig beeinflussen und obwohl die Redewendung des römischen Dichters Juvenal<sup>3</sup> „Mens sana in corpore sano“ heute aus dem Zusammenhang gerissen in der Regel fehlinterpretiert wird, beschreibt sie diese Wechselwirkungen, die Grundlagen der Psychosomatik sind, sehr treffend. Ganze Tourismusbranche leben von diesem Credo und es mutet fast etwas ironisch an, wenn Business-Menschen das unter viel Stress verdiente Geld in „Wellness“-Tempeln wieder ausgeben, um sich von dem Stress zu erholen, den sie ohne Jagd nach dem Geld gar nicht hätten.

Nirgends werden diese komplexen Zusammenhänge, wie der Geist den Körper beeinflussen kann, so deutlich wie beim Placeboeffekt, bei dem die Erwartungshaltung und das Vertrauen der PatientInnen in die Behandelnden, deren Auftreten oder Begeisterung für ein Medikament oder ein bestimmtes Behandlungsverfahren und den damit verbundenen Kosten über die objektive Wirksamkeit der Therapie entscheidet.<sup>4</sup>

Bereits vor über 2300 Jahren beschäftigte sich Epikur<sup>5</sup> mit der Thematik von physischer und psychischer Gesundheit. Er stellte klar: „Wenn wir also die Lust als Endziel hinstellen, so meinen wir damit nicht die Lüste der Schlemmer und solche, die in nichts als dem Genusse selbst bestehen,... sondern das Freisein von körperlichem Schmerz und von Störung der Seelenruhe“. Epikur und die Denkschule der Hedonisten waren in der Antike die prominentesten Kritiker einer körperfeindlichen Ideologie, die den Geist über den Körper und seine „animalischen“ Gelüste stellte. Lust war in den meisten antiken Denkschulen als besonders schädlich gebrandmarkt, da sie den Geist von seinen eigentlichen Aufgaben ablenken würde, weswegen man nur über vielfältigste Formen der Reinigung zum Seelenheil gelangen könne. Ein pythagoräischer Spruch lautete deswegen: der Leib ist das Grab der Seele (soma = sema).

Über Jahrhunderte war es oberstes Ziel, seelische Tugenden zu vervollkommen und den Körper und seine Bedürfnisse hinten anzustellen. Die Stoiker z.B. strebten nach einem schmerzfreien Körper und einer leidenschaftslosen Seele. Ein Höhepunkt der Vernachlässigung des Körpers wird in der christlichen Philosophie erreicht. Krankheiten werden als Folge der Sündenfallslehre als Züchtigung, Strafe oder Buße für ein Vergehen gegen den Geist gese-

---

<sup>3</sup>ca. 60–130 n. Chr.

<sup>4</sup>Neueste Forschungen gehen hier sogar noch weiter und belegen, dass die bewusste Täuschung und der Glaube an den Inhaltsstoff des Medikaments, die ja Teil des Placebo-Effektes sind, überhaupt nicht benötigt werden. Alleine die Erwartungshaltung, dass ein Medikament wirkt, führt zu einer Besserung der Symptome: Eine Forschergruppe um T. Kaptchuk von der Harvard Medical School konnte in einer randomisierten Studie 2010 nachweisen, dass PatientInnen mit Reizdarm-Syndrom trotz des Wissens, dass sie ein Scheinmedikament bekommen hatten, eine Linderung ihrer Symptomatik erfuhren. Eine Gruppe erhielt über 21 Tage Medikamente, die offen als Präparat ohne medizinische Wirkung bezeichnet wurden. Ihre Beschwerden sanken um 30% im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 15% (Kaptchuk et al. 2010).

<sup>5</sup>341–270 v. Chr.

hen. Die Wiederauferstehung Christi nach den Qualen der Kreuzigung stellt auch einen Sieg des Geistes über den Körper dar. Die Hexenverbrennungen im Hochmittelalter sind besonders abstruse Auswirkungen des Kampfes des Christentums gegen das Körperliche und Lüsterne: durch die Reinigung im Feuer wird die fleischlich-lüsterne Hülle, die dem Geist ein Gefängnis ist, zerstört und der reine Geist bleibt geläutert übrig.

Die moderne Medizin als Naturwissenschaft besteht im Wesentlichen auch auf einem dualistischen, den Geist vom Körper trennenden Gedankengebäude, das aus dem 19. Jahrhundert stammt. Obwohl das biopsychosoziale Modell mittlerweile in den Curricula vieler Medizin-Universitäten<sup>6</sup> einen festen Stellenwert hat, beruht der Grossteil des Medizinstudiums der Gegenwart immer noch auf sehr mechanistischen Annahmen und besteht in der vorklinischen Lehre hauptsächlich darin, wie die „Maschine Mensch“ richtig funktioniert, während man in der klinischen Ausbildung des Hauptstudiums darin ausgebildet wird, Fehlfunktionen dieser Maschine zu erkennen und entsprechend zu reparieren. Und auch im 20. Jahrhundert wird die Trennung von Körper und Geist in der naturwissenschaftlichen Medizin nur langsam überwunden und ist in grossen Bereichen der Medizin sogar notwendig. Ein Grossteil des enormen medizinischen Fortschritts der letzten hundert Jahre beruht darauf, dass das Wissen über die Funktionen des menschlichen Organismus stetig wächst und die Behandlungsmethoden dieser Maschine immer mehr verfeinert wurden. Heute ist man sich bewusst, dass der Placebo-Effekt das Ergebnis von wissenschaftlichen Studien beeinflusst und Ergebnisse verfälschen kann: diesem Phänomen versucht man durch das entsprechende Studiendesign der „Doppelblindstudien“ zu begegnen (Fazekas 2006)<sup>7</sup>.

Thure von Uexküll<sup>8</sup>, Vordenker einer Integrativen Medizin, beschreibt in seinem biopsychosozialen Modell wie somatische, seelische aber auch soziale Komponenten (auch soziokulturelle Faktoren, welchen durch das neue Wissenschaftsgebiet der Gender-Medizin Rechnung getragen wird) Krankheiten beeinflussen und in einer früheren Version der Verfassung der WHO wird Gesundheit<sup>9</sup> als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“<sup>10</sup> beschrieben. „Die Psychosomatik der Gegenwart versucht zu vermitteln, wie eng die biologische, die psychische und die soziale Ebene miteinander verbunden sind, und ist bemüht, deren jeweilige Bedeutung im Einzelfall gezielt zu erkennen und entsprechend dieser Bedeutung auch gezielt therapeutisch zu beachten. Der Forschungsbereich Psychosomatik beschäftigt sich mit den genannten Zusammenhängen und Wechselwirkungen. Innerhalb der Medizin ist es die sogenannte biopsy-

---

<sup>6</sup>vgl. [http://www.medunigraz.at/images/content/file/studium/humanmedizin/pdf/studienplan\\_01102011.pdf](http://www.medunigraz.at/images/content/file/studium/humanmedizin/pdf/studienplan_01102011.pdf), z.B. Track KSR „Track KSR 1 - Kommunikation / Supervision / Reflexion I“

<sup>7</sup>wie und ob man unter dem Licht dieser neuen Erkenntnisse über den Placebo-Effekt bestehende Forschungsergebnisse neu evaluieren oder zukünftiges Studiendesign neu überdenken muss, bleibt zu überdenken.

<sup>8</sup>1908–2004

<sup>9</sup>[www.searo.who.int/LinkFiles/About\\_SEARO\\_const.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf)

<sup>10</sup>vgl. Epikur

chosoziale oder psychosomatische Medizin, die sich im Rahmen von Diagnostik und Therapie speziell dieser Aufgabe widmet“ (Fazekas 2006).

Im medizinischen Alltag unseres Hochleistungsgesundheitssystems wird jedoch nur unzureichend berücksichtigt, dass Geist und Körper eine unzertrennliche Einheit bilden. Auch neueste neurowissenschaftliche Untersuchungen<sup>11</sup> beweisen, dass eine Trennung von Geist und Körper eine unzulässige Reduktion darstellt<sup>12</sup>. In den letzten Jahren versuchte man, das Gehirn als isoliertes Organ ausserhalb des Kontextes zu verstehen, in dem es sich herausgeformt hat und in den es eingebettet ist. Es ist aber deutlich geworden, wie eng und untrennbar Gehirn und Körper miteinander verbunden sind<sup>13</sup>. Das Gehirn und der Körper beeinflussen sich wechselseitig und sind voneinander abhängig, sind eine untrennbare Einheit. Das Gleiche gilt, auch das machen die Erkenntnisse der Neurobiologie deutlich, in gleicher Weise für alle Versuche, das Gehirn eines Menschen ausserhalb des sozialen Kontextes zu betrachten, in dem der betreffende Mensch aufgewachsen ist und in dem er lebt<sup>14</sup>.

## 1.2 AUSWIRKUNGEN DER TRENNUNG VON GEIST UND KÖRPER AUF DIE PATIENTINNENVERSORGUNG

Die moderne Medizin bietet die ausgeklügelteste Diagnostik für jede nur denkbare Erkrankung – z.B. Positronenemissionstomographie, Farb-Duplex-Sonographie oder Herzkatheter-Untersuchung – oder die moderne Endoprothetik stellt für fast jedes Gelenk einen passenden Ersatz bereit. Sogar den Wunsch nach einem Kind können Mediziner durch IVF<sup>15</sup> mittlerweile gut und in den meisten Fällen erfüllen<sup>16</sup>. Die seelischen und sozialen Aspekte von Erkrankungen spielen jedoch immer noch eine untergeordnete Rolle, weil eine exaktere Erfassung somatischer Symptome und deren Beurteilung es durch zunehmenden Zeit- und Kostendruck immer schwieriger macht, psychosoziale Erkrankungen zu erkennen. Dies wiederum führt zu zusätzlichen – oft unnützen – Untersuchungen und auch falschen Behandlungen aufgrund von überhasteten Diagnosen. Viele Menschen spüren diese Diskrepanz, dass man zwar immer genauer, sogar bis auf die Ebene einzelner Zellen untersuchen kann, aber dadurch den Blick auf den Men-

---

<sup>11</sup>vgl. (Hüther 2006)

<sup>12</sup>auch Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen haben krankmachende Einflüsse auf unser Gehirn, Übersichtsarbeiten dazu siehe z. B. Huether , Int. J. Devel . Neurosci . 16: 297, 1998; Joseph, Child Psychiat . Hum. Devel . 29:189, 1999

<sup>13</sup>siehe z.B. ”The social construction of the human brain”. Eisenberg, Am. J. Psychiat . 152: 1563, 1995

<sup>14</sup>Dieser soziale Kontext ist immer auch ein historisch gewachsener kultureller Hintergrund, der – auch das zeigen die Erkenntnisse der Hirnforscher – einen entscheidenden Einfluss darauf hat, wie und wofür ein Mensch sein Gehirn benutzt und damit auch nutzungsabhängig strukturiert.

<sup>15</sup>In-Vitro-Fertilisation, Nobelpreis 2010 an R. Edwards

<sup>16</sup>gleich verbunden mit einem umfangreichen Gen-Screening auf die verbreitetsten genetischen Aberrationen – vgl. Kitzman et al. (2012)

schen in seiner Gesamtheit verliert. Deswegen wenden sie sich von der „Apparatemedizin“ enttäuscht der sog. „Alternativmedizin“<sup>17</sup> zu. Dass dies mittlerweile keine Randerscheinung mehr ist, zeigt eine Untersuchung aus dem Jahre 1998 aus den USA: In einem Zeitraum von nur sieben Jahren erhöhte sich die Inanspruchnahme von alternativen Behandlungsmethoden beinahe um 50%. Das bedeutet, dass die US-Bevölkerung sich öfters von AlternativmedizinerInnen behandeln ließ als von HausärztInnen. Für diese Dienste wurden 1997 21,2 Milliarden Dollar ausgegeben, mehr als Amerikaner für Krankenhausaufenthalte im selben Jahr aus ihrer eigenen Tasche bezahlten (Eisenberg et al. 1998). Ähnliche Studien außerhalb der USA zum gleichen Zeitpunkt legen nahe, dass alternativ- und komplementärmedizinische Verfahren in der ganzen industrialisierten Welt auf dem Vormarsch sind. Dadurch wird auch der „Druck“ auf die „schulmedizinische“ Ausbildung größer (Benjamin et al. 2007). Sowohl in Amerika – bereits 1998 konnte man am Grossteil der amerikanischen Medizin-Universitäten zumindest alternativmedizinische Wahlfächer belegen (Wetzel et al. 1998) – als auch in Österreich bieten medizinische Hochschulen Kurse zu komplementärmedizinischen Themen an<sup>18</sup>.

Es versteht sich von selbst, dass man in den Algorithmen der PatientInnenerstversorgung<sup>19</sup> in Notfällen nur drei Zeilen zum Status psychicus findet, da lebenserhaltende Massnahmen in diesem Moment Vorrang haben. Dies ist auch deswegen bemerkenswert, da wir „in vielen Teilen der Medizin, auch in der Psychiatrie, eine Medizin praktizieren, in der wir darauf verzichten, zum Patienten eine Vertrauensbeziehung aufzubauen und die Krankheit des Patienten vor dem Hintergrund seiner Lebenssituation zu verstehen. Stattdessen beschränkt sich die Medizin heute weithin auf apparative und medikamentöse Maßnahmen...“ (Bauer 2009, Seite 54). Auch bei weniger schwer erkrankten PatientInnen ausserhalb von Notaufnahmen findet bei der körperlichen Erstuntersuchung und Anamnese durch den aufnehmenden Arzt der seelische oder soziale Status so gut wie keinen Niederschlag. Dies ist umso erstaunlicher, da in vielen Studien der letzten Jahre eindeutig festgestellt wurde, dass zwischen 20% und 40% (Stuhr & Haag 1989, Wancata et al. 1998, Mayou & Hawton 1986) der PatientInnen in stationärer Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus psychisch krank sind und behandelt werden müssten.

Während mit „Schockraumprotokollen“ den erstversorgenden ÄrztInnen ein Werkzeug zur

---

<sup>17</sup>z.B. Phytotherapie, Entspannungsmethoden, Homöopathie, Zellulartherapie, Ozontherapie, Chelattherapie, Eigenblut- und Eigenharnbehandlung, Symbioselenkung, Magnetfeldtherapie, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, Ganzheits-Zellregenerationstherapie, Bioresonanztherapie, Bach'sche Blütentherapie sowie Homöopathie und anthroposophische Medizin

<sup>18</sup>z.B. Spezielles Studienmodul 6 an der Medizinischen Universität Graz: „Das Modul „Einführung in die traditionell chinesische Medizin (TCM)“ bietet einen Einblick über Wesen, Arbeitshypothesen und Wirkprinzipien der TCM, beginnend mit historischen und philosophischen Hintergründen bis zu Erläuterungen verschiedener Therapierichtungen dieser Medizin, wie Arzneitherapie, Ernährung, Akupunktur, Tuina und Qi Gong. Schwerpunkt wird dabei die Therapie mit pflanzlichen Arzneien sein, da die chinesische Arzneitherapie zu den weltweit am häufigsten angewendeten Medizinrichtungen gehört und das Interesse daran auch im deutschsprachigen Raum deutlich ansteigt. (seit 12/2004 gibt es auch ein entsprechendes Spezialdiplom der ÖAK).“  
([https://online.medunigraz.at/mug\\_online/wborg.display?corg=16113](https://online.medunigraz.at/mug_online/wborg.display?corg=16113))

<sup>19</sup>z.B. Schockraumprotokolle: <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Chirurgische-Klinik-und-Poliklinik-Innenstadt/download/inhalt/medWissen/Schockraumprotokoll-2005.pdf>

optimalen körperlichen PatientInnenversorgung an die Hand gegeben wird<sup>20</sup>, gibt es diese „Tools“ für die seelische Befindlichkeit in Anamnesebögen nicht. Zu diesem Zweck werden auch die erstbehandelnden Chirurgen und Internisten einer Notaufnahme nicht ausgebildet.

### 1.3 BIOPSYCHOSOZIALE KOMPLEXITÄT

Während Hippokrates<sup>21</sup>, der bekannteste Arzt des Altertums, behauptete, „dass keine zwei Krankheiten zur gleichen Zeit da sein können“<sup>22</sup>, weiss man heute zum Beispiel, dass Typ-II-Diabetiker gehäuft zusätzlich an Bluthochdruck und Adipositas (Metabolisches Syndrom) leiden oder dass viele organische Erkrankungen wie Krebs mit einer Prävalenz zwischen 20–38% oder Schlaganfall mit einer Prävalenz von 46% (Caeiro et al. 2006) mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen<sup>23</sup> vergesellschaftet sind. Auch ist der Einfluss von psychischen Faktoren wie Depressionen auf Pathogenese, Verlauf oder Mortalität der Koronaren Herzerkrankung oder des Herzinfarktes durch zahlreiche Studien in den letzten Jahren eindrucksvoll belegt<sup>24</sup>. Das Risiko eines herzgesunden Menschen an einer Koronaren Herzerkrankung zu erkranken ist durch eine depressive Erkrankung sogar höher als durch die Erhöhung der Blutfette oder des Cholesterins, die neben dem Rauchen als klassische Risikofaktoren angesehen werden. Dies wurde in zahlreichen prospektiven Studien<sup>25</sup> mit zum Teil Tausenden von Teilnehmern nachgewiesen.

Verschiedene Versuche, medizinische Komplexität zu beschreiben werden zur Zeit in der medizinischen Forschung unternommen, da das Modell, die Komplexität in der Behandlung von PatientInnen an der zunehmenden Zahl der Komorbiditäten<sup>26</sup>, chronischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen (mit eingeschränkter Compliance) festzumachen, sich im medizinischen Alltag als nicht ausreichend herausgestellt hat (vgl. Peek et al. 2009). Heutzutage zählt man auch psychische, soziale und gesundheitssystemspezifische Aspekte dazu; das wären im medizinischen Umfeld einer Notaufnahme z.B. sprachliche Barrieren, instabile Familienverhältnisse oder auch sozioökonomische Faktoren.

Jede(r) in einer Notaufnahme praktizierende Arzt/Ärztin oder das Pflegepersonal dort kennt

---

<sup>20</sup>hier spielen auch zunehmend rechtliche Gründe eine Rolle: z.B. ein Sturz aus drei Metern Höhe würde automatisch eine Erstversorgung unter Schockraumbedingungen mit allen Konsequenzen der modernen Diagnostik nach sich ziehen, auch wenn der Patient/die Patientin a prima vista nur eine unauffällige Klinik zeigen würde

<sup>21</sup>460–370 v.Chr.

<sup>22</sup>was in manchen heute praktizierten „komplementärmedizinischen“ Richtungen als theoretische Grundlage für „ausleitende Verfahren“ wie das Schröpfen oder Cantharidenpflaster gesehen wird

<sup>23</sup>im Falle von Krebserkrankungen wurde bei Brustkrebspatientinnen in einer Studie sogar festgestellt, dass eine Depression nicht erst nach der Diagnosestellung vorhanden sein kann, sondern dass dies in 55% der Fälle bereits davor (!) der Fall ist, dagegen lag dieser Anteil bei nur 18% bei Frauen mit benignem Befund (Aragona et al. 1997)

<sup>24</sup>z.B. Roose & Seidman 2000

<sup>25</sup>z.B. Ferketich et al. 2000

<sup>26</sup>das Statistische Bundesamt Deutschland beschreibt, dass im Jahre 2008 durchschnittlich 4 Nebendiagnosen gestellt wurden (Schindler 2010)

diese PatientInnen, bei denen man ahnt, dass „mehr dahinter steckt“ als die vordergründig sichtbaren körperlichen Symptome suggerieren, dass der Fall komplizierter ist. Somit scheint „Komplexität“ für die unmittelbar Behandelnden in diesem Moment zu bedeuten, dass man Evidenzbasierte Standardverfahren aufgrund von Faktoren wie multiple Vorerkrankungen oder schwierige soziale Verhältnisse nicht oder nur erschwert anwenden kann, weswegen das Ergebnis und der Aufwand für Diagnostik und Behandlung so aus dem Rahmen fallen, dass das bestehende System über die Maßen belastet wird. Obwohl biopsychosoziale Aspekte in Notfallambulanzen meist nur wenig Berücksichtigung finden bzw. finden können, kann die biopsychosoziale Fallkomplexität das Management und die Langzeitergebnisse der Untersuchung und Behandlung dahingehend beeinflussen, dass ein einzelner behandelnder Arzt in einer Notaufnahme alleine die Komplexität der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen oft gar nicht überschauen kann. Dies hat zur Folge, dass trotz zunehmender Anzahl an ärztlichen Interventionen (vgl. Schindler 2010) die Symptome anhalten und dem Patienten/der Patientin nicht geholfen wird. Die unzufriedenen PatientInnen machen sich dann auf Odysseen von einem Doktor zum nächsten (Stichwort: doctor-shopping). Amerikanische Ärzte haben dafür den Ausdruck „over-serviced but underserved“ geprägt, weil trotz umfangreicher Diagnostik und Therapie die unter der Oberfläche liegenden Probleme nicht genügend erkannt wurden und man den PatientInnen letzten Endes nicht hilft. Ein ganzheitlicher Ansatz, in dem neben der somatischen Untersuchung auch z.B. Fragen zu Belastungen im familiären Umfeld usw. eine Rolle spielen würden, könnten schon in der medizinischen Grundversorgung Krankenhauseinweisungen und Kosten reduzieren (vgl. Rasmussen et al. 2006).

### 1.3.1 GENDER-MEDIZIN

Teil der biopsychosozialen Komplexität in der Medizin ist auch das soziale Geschlecht einer Person. Der Begriff *Gender* stammt aus den Sozial- und Geisteswissenschaften und hat sich erst in den 10 letzten Jahren verstärkt in der Medizin etabliert. Dies liegt in erster Linie daran, dass lange Zeit das männliche Geschlecht in Therapie und Forschung ausschlaggebend war. Der Hintergrund dafür findet sich hauptsächlich in geschichtlichen Gründen, da man z.B. in der Pharmakologie befürchtete, dass metabolische oder hormonelle Schwankungen pharmakokinetische Forschungsergebnisse verändern könnten. Auch gab es begründete Sorgen, dass unerwünschte Medikamentenwirkungen unter Umständen teratogen sein könnten<sup>27</sup>, weswegen Frauen aus Studien ausgeschlossen wurden. Aber genau diese Tatsache zeigt ja auch, dass man nicht nur bei medikamentösen Therapien Frauen und Männer unterscheiden müsste. Darüber hinaus ist Gender-Medizin aber kein reines Frauen-Thema: dass sich z.B. bei Depressionen Symptome bei Frauen und Männern unterschiedlich manifestieren, kam in den letzten Jahren vermehrt der Diagnostik depressiver Männer zugute. Auch bei Osteoporose – ein überwiegend

---

<sup>27</sup>vgl. Thalidomid-Embryopathie: das Schlafmittel Thalidomid wurde Anfang der 60er Jahre als besonders sicher für Schwangere propagiert. Ein willkommener Nebeneffekt des Medikaments war, dass es auch gegen die in der Schwangerschaft verbreitete Morgenübelkeit half. Im ersten Trimenon eingenommen führte es zu schwersten Fehlbildungen der Gliedmaßen. Siehe Contergan-Skandal z.B. unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Thalidomid>

weibliches Thema – wurde anhand gender-spezifischer Forschungen das Bewusstsein für diese Erkrankung bei Männern geschärft. Seit 2010 gibt es an der Medizinischen Universität Wien zum ersten Mal in Österreich einen Universitätslehrgang für Gender-Medizin. Lehrgangsleiterin und Professorin für Gender Medicine Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> A. Kautzky-Willer beschreibt die Wichtigkeit Ihres Lehrstuhles wie folgt: „In der personalisierten Medizin der Zukunft spielt auch das biologische und soziale Geschlecht eine große Rolle. Gerade bei jenen Erkrankungen, die in ihrer Inzidenz exorbitant ansteigen, nämlich hormonellen und metabolischen Erkrankungen, allen „Lifestyle-Erkrankungen“, degenerativen Prozessen, psychischen Störungen, allergischen Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, kann die besondere Bedeutung der Gender Medicine sichtbar gemacht werden. Somit fließen neue wissenschaftliche Erkenntnisse der Gender Medicine in die praktische Medizin ein. Dadurch können falsche Interventionen verhindert und die Qualität bei der Versorgung von Mann und Frau weiter gesteigert werden.“<sup>28</sup>

#### 1.4 KOSTEN „KOMPLEXER“ PATIENTINNEN FÜR DAS GESUNDHEITSSYSTEM

In den vergangenen Jahren wurde immer mehr Aufmerksamkeit der Behandlung dieser „komplexen“ PatientInnen geschenkt. Dies geschah nicht nur aus der Notwendigkeit heraus, medizinische und administrative Ressourcen besser zu verteilen, sondern hauptsächlich auch unter der Annahme, dass eine möglichst frühe Identifizierung „komplexer PatientInnen“<sup>29</sup> deren „Outcome“ über einen längeren Zeitraum betrachtet verbessern könnte. Im Umkehrschluss könnte sich wiederum unter Umständen positiv auf das momentane Gesundheitssystem auswirken.

Im Jahre 2002 zeigte eine Studie an der Universität Heidelberg, dass sich die stationäre Behandlungszeit internistischer PatientInnen mit psychiatrischen Nebendiagnosen um bis zu acht Tage (und damit gesteigerten Kosten) verlängerte, unabhängig von der Schwere oder der Länge der Erkrankung (Friederich et al. 2002). Eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2010 präzisiert dies dahingehend, dass für ein Kollektiv von knapp 1000 internistischen PatientInnen mit kardiovaskulärer Grunderkrankung die Gesamtkosten eines Krankenhausaufenthaltes bzw. der Netto-Gewinn/-Verlust in Bezug auf psychiatrische Komorbiditäten berechnet wurden: durchschnittlich beliefen sich die Kosten für PatientInnen ohne psychiatrische Begleiterkrankung auf ca. 5140 Euro, während PatientInnen mit psychiatrischer Begleiterkrankung mit über 7600 Euro zu Buche schlugen. Während man für eine(n) Herz-/Kreislauf-Erkrankte(n) einen Netto-Gewinn von durchschnittlich 277 Euro „erzielen“ konnte, führte ein/e Patient/in mit kardiologischer Grunderkrankung plus psychiatrischer Begleiterkrankung zu einem Verlust von durchschnittlich 624 Euro netto (Hochlehnert et al. 2010). Da medizinische Leistungen in deutschen Krankenhäusern über Fallpauschalen vergütet werden, stellt dieser Zustand eine enorme finanzielle

---

<sup>28</sup>siehe [www.meduniwien.ac.at/ulg-gendermedicine](http://www.meduniwien.ac.at/ulg-gendermedicine)

<sup>29</sup>obwohl in der Literatur keine eindeutige Definition für „komplex“ zu finden ist, weil bis jetzt auch das nötige Vokabular in diesem Zusammenhang fehlt



Belastung dar. Aktuelle Zahlen für die Situation in Österreich gibt es nicht.

## 1.5 FORSCHUNGSVORHABEN

Erkrankungen des Fachgebiets 'Psychosomatische Medizin' sind häufig und erlangen sozialpolitisch immer größere Bedeutung. In einer Studie aus dem Jahre 2004 aus Deutschland lag die 12-Monatsprävalenz für affektive (depressive) Störungen bei 11,9%, für neurotische und Belastungsstörungen (im allgemeinen mit Angst verbundene Störungen) bei 14,5% und für somatoforme Störungen bei 11,0%, d.h. es erkranken jährlich jeweils 11–14,5% der Bevölkerung an diesen Erkrankungen (Jacobi et al. 2004).

Diese Tatsachen würden es also nahe legen, dass man biopsychosoziale Komplexität frühestmöglich im Routinebetrieb erkennt, um angemessen für alle Seiten reagieren zu können. Eine routinemäßige Erfassung in der Erstversorgung wie in Notaufnahmen oder bei niedergelassenen ÄrztInnen gibt es derzeit, auch weil praktikable, d.h. kostengünstige und schnelle Methoden dazu fehlen, nicht. Bisher sind diese Ansätze hauptsächlich im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen verfolgt worden (z.B. de Jonge et al. 2003).

Neben standardisierten Screening-Werkzeugen für die somatische Komplexität in der Notfallmedizin wie das MTS<sup>30</sup> entwickelte man auch Selektions-Verfahren, um die biopsychosoziale Komplexität von PatientInnen adäquat abbilden zu können. Neben dem SF-36<sup>31</sup> scheint sich das von den Wissenschaftlern um die Holländer P. de Jonge, F. Huyse und F. Stiefel entwickelte *Intermed PatientInnen-Interview* als Werkzeug zur Messung medizinischer Komplexität vermehrt durchzusetzen, da die Forschung darüber in den letzten zehn Jahren gut dokumentiert ist und die Studien darüber eine hohe Validität zeigen (Lobo et al. 2007). In den USA wird bereits an einer Adaptierung des Intermeds, die sog. Minnesota Complexity Assessment Method, die von der Universität von Minnesota unter der Führung von Macaran Baird erforscht wird, gearbeitet. Durch die Berücksichtigung oben genannter biopsychosozialer Qualitäten in einem zeitlichen Verlauf (Vergangenheit, Status quo, Prognose) spiegelt der über eine Matrix erhobene Punktwert des Intermed-Interviews die biopsychosoziale Komplexität der PatientInnen gut wider.

---

<sup>30</sup>Manchester-Triage-System

<sup>31</sup>[www.sf-36.org](http://www.sf-36.org)

	History	Current State	Prognoses
Biological	Chronicity Diagnostic Complexity	Severity of illness Diagnostic Complexity	Complications and life threat
Psychological	Restrictions in coping Pre-morbid level of psychiatric dysfunctioning	Resistance to treatment Severity of psychiatric symptoms	Mental health threat
Social	Restrictions in social integration Social dysfunctioning	Residential instability Restrictions in social networks	Social vulnerability
Health care	Intensity of prior treatment Prior treatment experiences	Organisational complexity at admission or referral Appropriateness of admission or referral	Care needs

Abbildung 1.1: englische Version der Intermed-Matrix – nach Huyse et al., 1999

Dies führt zu der Annahme, dass die Kombination eines Werkzeuges zur Darstellung der Dringlichkeit einer ärztlichen Intervention in einer Notaufnahme mit einem Instrument zur Beschreibung der biopsychosozialen Komplexität von PatientInnen bei der Aufnahme zur (schnelleren) Identifikation medizinisch komplexer PatientInnen und konsekutiv zu einer besseren Auslastung und Zuteilung interdisziplinärer Ressourcen führen könnte. Dadurch könnte man die Behandlung besser strukturieren und in Folge effizienter für das medizinische System auf der einen und besonders für den Patienten/die Patientin auf der anderen Seite gestalten.

Diese Arbeit ist Teil eines Gesamt-Projekts (siehe Matzer et al. 2012), in dem die Prävalenz biopsychosozialer Komplexität in einer internistischen Notaufnahme untersucht wird und dieses PatientInnenkollektiv in Bezug auf biopsychosoziale Komplexität näher beschrieben wird. Zudem werden mögliche Zusammenhänge zwischen Komplexität und der weiteren klinischen Versorgung untersucht. Dies stellt den wissenschaftlichen Ausgangspunkt für diesen Teilbereich des Studienprojektes dar, in dem eine deskriptive Statistik des PatientInnenkollektives einer Notaufnahme im Zeitraum einer Woche erarbeitet wird. Hier sollen besonders etwaige geschlechts- und genderspezifische Besonderheiten – auch im tageszeitlichen Verlauf – herausgearbeitet werden.

Folgende Fragen wurden gestellt:

#### *Soziodemographische Daten*

Inzidenz und Schweregrad von Erkrankungen variieren zwischen den Geschlechtern und hängen möglicherweise von verschiedensten Ursachen ab, die biologischer<sup>32</sup>, aber auch soziokultureller<sup>33</sup> oder auch psychologischer Art sein könnten. Wie Lebenssituation, Schulbildung, Berufstätigkeit, Alter, Geschlecht und Nationalität Einflussfaktoren biopsychosozialer Komplexität sind, soll für diese Studie exemplarisch untersucht werden.

<sup>32</sup>Gene, Sexualhormone und Zyklusabhängigkeit, Begleiterkrankungen, Körpergröße, Behinderungen, Allgemeinzustand, Ernährungszustand etc.

<sup>33</sup>Ethnische Zugehörigkeit, Ernährungsgewohnheiten usw.

### *Art der Krankenhausaufnahme*

Da die Einweisung in die Klinik durch einen Hausarzt, die Fahrt mit dem eigenen PKW oder dem Transport mit dem Rettungsdienst in Begleitung eines Notarztes nicht nur Aussagen über die somatische Behandlungsdringlichkeit, sondern auch eine Beurteilung der biopsychosozialen Komplexität erlauben, werden diese Daten für alle PatientInnen erhoben.

### *Leitsymptomatik*

Mit welchen Beschwerden haben sich Frauen und Männer im tageszeitlichen Verlauf in der Woche des Untersuchungszeitraumes an die Notaufnahme gewandt?

### *Art der Krankenhauserlassung*

Hier wird die Frage gestellt, welche Weiterbehandlung sich aus der Kombination somatischer Behandlungsdringlichkeit anhand von Leitsymptomen, biopsychosozialer Komplexität und endgültiger Diagnose am Tag bzw. in der Nacht bei den Interviewten ergeben hat.

### *Wie kam der Patient/die Patientin ins Krankenhaus?*

Da der Gang in ein Krankenhaus für viele Menschen aus vielfältigen Gründen psychisch sehr belastend ist, kann eine Begleitperson eine Unterstützung darstellen. Deshalb wurde – auch im tageszeitlichen Verlauf – erhoben, ob PatientInnen sich alleine oder mit Begleitung ins Krankenhaus begaben.

### *Anzahl der Medikamente*

Die Anzahl der Medikamente dient nicht nur als Indikator für Multimorbidität und dadurch für biopsychosoziale Komplexität, sondern spielt auch in der Gender-Medizin eine grosse Rolle.

### *Diagnosen*

Da die in der Notaufnahme verwendete Triagierung aus Zeitgründen mit Symptomen und ohne biopsychosoziale Faktoren arbeitet und sich auf die somatische Behandlungsdringlichkeit konzentriert, stellte sich die Frage, welche Abschlussdiagnosen aus den geschilderten Symptomen in Abhängigkeit von der Dringlichkeit schlussendlich gefällt wurden.

## KAPITEL 2

### MATERIAL UND METHODIK

#### 2.1 UNTERSUCHUNGSANSATZ

Die Untersuchung entspricht einer vollständigen Erhebung einer anfallenden klinischen Stichprobe, die im Zeitraum einer Woche – 7x24h – vom 17. bis zum 24. März 2010 an der Notaufnahme vorstellig wird und keinen hochdringlichen medizinischen Interventionsbedarf aufweist.

#### 2.2 EINRICHTUNGEN UND MITARBEITERINNEN

Die Studie wurde an der internistischen Notaufnahme<sup>34</sup> (EBA<sup>35</sup>) des Landeskrankenhauses Graz durchgeführt. Es handelt sich um ein Haus der Basisversorgung, das als Universitätsklinikum der Medizinischen Universität Graz mit 20 Kliniken und 44 klinischen Abteilungen insgesamt 1538 Betten zur Verfügung stellt.<sup>36</sup> Die Erhebung wurde von am Projekt beteiligten MitarbeiterInnen der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie mit organisatorischer Unterstützung der MitarbeiterInnen der Notaufnahme der Universitätsklinik für Innere Medizin an dieser durchgeführt. Die Notaufnahme dient der Erstversorgung der Gebiete östlich der Mur (Graz-Ost). In ihr werden täglich zwischen 80 und 120 PatientInnen, wovon ca. 30% stationär aufgenommen werden, rund um die Uhr und sieben Tage die Woche von InternistInnen, NeurologInnen und RadiologInnen betreut.

---

<sup>34</sup> <http://www.klinikum-graz.at/cms/beitrag/10012626/2297830/>

<sup>35</sup>EBA = Erstversorgung, Beobachtung, Aufnahme

<sup>36</sup> <http://www.klinikum-graz.at/cms/beitrag/10012626/2297830/>

## 2.3 UNTERSUCHUNGSMETHODEN UND DURCHFÜHRUNG

Als Untersuchungsinstrument für die Ersteinschätzung der Dringlichkeit einer ärztlichen Intervention wurde das Manchester-Triage-System (MTS) verwendet. Dieses System wurde von der Manchester-Triage-Group Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts dazu entwickelt. Es handelt sich um ein standardisiertes Verfahren, welches anhand von Leitsymptomen wie Blutverlust, Schmerz, Lebensgefahr, Bewusstsein etc. dem medizinischen Personal ein Werkzeug an die Hand gibt, um die Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung festzustellen. Dabei geht es darum, möglichst schnell aber dennoch sicher und nachvollziehbar Behandlungsprioritäten bei den PatientInnen festzulegen. Es basiert deswegen auf Symptomen, weil „die Individualität des Patienten und seines Beschwerdebildes eine viel größere Bedeutung für Behandlungsdringlichkeit haben als die abschließende Diagnose“<sup>37</sup>. Kommt der Patient/die Patientin in die Notaufnahme, wird nach den geäußerten Beschwerden, dem Zustand und weiteren Kriterien die Dringlichkeit ermittelt, wie schnell ein Arzt/eine Ärztin den Patienten sehen muss. Dabei wird den PatientInnen eine von fünf Farbstufen zugeordnet. PatientInnen der Farbstufe Rot sind in Lebensgefahr und müssen sofort behandelt werden. Die Farbstufen Orange, Gelb, Grün und Blau zeigen Behandlungsprioritäten in abnehmender Dringlichkeit an. Anhand von Grafiken, wie beispielhaft in Abbildung 2.1 zu sehen, wird die Einstufung der Dringlichkeit den PatientInnen in den Wartebereichen erklärt und dadurch für diese der Behandlungsverlauf einschließlich der Wartezeit transparenter.

Nummer	Name	Farbe	Max.Zeit (min) MTS (orig.)	Max.Zeit (min) Deutschland
	<b>sofort</b>	<b>rot</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2</b>	<b>sehr dringend</b>	<b>orange</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>dringend</b>	<b>gelb</b>	<b>60</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>normal</b>	<b>grün</b>	<b>120</b>	<b>90</b>
<b>5</b>	<b>nicht dringend</b>	<b>blau</b>	<b>240</b>	<b>120</b>

Abbildung 2.1: MTS-Dringlichkeitseinstufung

Das System ist seit April 2009 an der internistischen Notaufnahme des LKH Graz laut eigenen Angaben mit Erfolg im Einsatz. Die Ersteinschätzung (+ Geriatriischer Gesamtscore) wurde vom speziell geschulten „Triage-Personal“ vorgenommen. Für diese Untersuchung kamen aufgrund des Interviewcharakters der Befragung mittels Intermed-Interview nur PatientInnen mit einer niedrigen Dringlichkeit in Frage.

<sup>37</sup>[www.ersteinschaetzung.de](http://www.ersteinschaetzung.de)

## 2.4 PROBANDINNEN

Für die Studie wurden PatientInnen mit folgenden Einschlusskriterien ausgewählt:

- Manchester-Triage-Dringlichkeit 3–5
- internistische Leitsymptomatik
- Geriatischer Gesamtscore 0–6

Folgende Voraussetzungen führten zum Ausschluss aus der Studie:

- Manchester-Triage-Dringlichkeit 1–2
- kognitive Beeinträchtigung
- keine ausreichenden Deutschkenntnisse
- keine Einwilligung

Nach der Einstufung wurden die in Frage kommenden PatientInnen während ihrer Wartezeit von "Study Nurses" angesprochen, in einem kurzen Aufklärungsgespräch über Inhalt und Ablauf der Studie informiert und um Ihre Teilnahme gebeten. Nach dem Einholen einer schriftlichen Einwilligungserklärung wurden folgende soziodemographische Daten mittels eines Fragebogens erhoben:

Tabelle 2.1: Soziodemographische Daten

Alter	aktuelle Lebenssituation
Geschlecht	Familienstand
Nationalität	Schulbildung
Berufstätigkeit	

Darüber hinaus wurde noch der Zuweisungskontext und ob ein/e Patient/in alleine bzw. in Begleitung in die Notaufnahme gekommen war aufgenommen.

Nach der klinischen Diagnostik und Erstbehandlung der PatientInnen durch die diensthabenden ÄrztInnen wurde von MitarbeiterInnen der Studie zur Erfassung biopsychosozialer Komplexität das ca. 15 Minuten dauernde Intermed-Interview durchgeführt. Im Rahmen des durchgeführten Gespräches wurde zusätzlich ein Screening für somatoforme und hypochondrische Störungen (Whiteley-Index) durchgeführt. Nach Beendigung des Interviews wurden folgende Daten in einer Datenbank erfasst:

1. Soziodemographische Daten
2. InterMed-Matrix

3. Anzahl der Besuche in der Notaufnahme in den 12 Monaten vor der Studie
4. Leitsymptomatik
5. Whitely-Index
6. Geriatischer Gesamtscore
7. Medikation bei Entlassung oder stationäre Aufnahme
8. Entlassung oder stationäre Aufnahme

## 2.5 AUSWERTUNG

Die erhobenen Daten wurden in einer OpenOffice Base Datenbank eingegeben, sowohl in Filemaker Pro als auch in Apple Numbers aufgearbeitet und mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet. Im Vordergrund steht eine Analyse aller im Rahmen dieser Studie erfassten PatientInnen-daten. Die statistische Auswertung der soziodemographischen Daten erfolgt deskriptiv.

## KAPITEL 3

### ERGEBNISSE

#### 3.1 PATIENTINNENKOLLEKTIV

Im Untersuchungszeitraum vom 17. März bis 24. März 2010 konnten 167 PatientInnen eingeschlossen werden. 49 prinzipiell einschussfähige PatientInnen lehnten die Teilnahme an dieser Studie ab, wovon 31 die Ablehnung mit der Aussage „nicht teilnehmen zu wollen“ begründeten. 18 Personen gaben für ihre Ablehnung „gesundheitliche Gründe“ an.

#### 3.2 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

##### 3.2.1 GESCHLECHT, ALTER UND NATIONALITÄT

Der Anteil der Frauen unter den Personen, die sich in dieser Woche in der Notaufnahme behandeln ließen, betrug 54,5% (n = 91). Das Durchschnittsalter der PatientInnen lag bei 50,7 Jahren. Der jüngste Patient der Notaufnahme war 18, der älteste 93<sup>38</sup>. Die weiblichen Patienten waren mit durchschnittlich 51,04 Jahren knapp acht Monate älter als die Männer mit 50,28 Jahren.

Altersverteilung	bis 19		20-65		66-75		>75	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>weiblich</b>	4	66,7 %	55	49,5 %	13	56,5 %	19	70,4 %
<b>männlich</b>	2	33,3 %	56	50,5 %	10	43,5 %	8	29,6 %
<b>GESAMT</b>	6	100 %	111	100 %	23	100 %	27	100 %

Abbildung 3.1: Altersverteilung

Abbildung 3.1 zeigt, dass in der Altersgruppe der 20-65-jährigen die Geschlechtsverteilung annähernd ausgewogen ist und dass mit zunehmenden Alter sich die Verteilung zugunsten der Frauen verschiebt: jenseits der 75 ist nur noch jeder dritte Patient ein Mann. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass nur sehr wenige junge Menschen die Notaufnahme im Untersuchungs-

---

<sup>38</sup>dies gilt auch für Frauen und Männer getrennt



zeitraum aufgesucht haben.

Nationalität	männlich		weiblich		Gesamt	Mittelwert Alter	Minimum	Maximum
	n	%	n	%				
<b>Bosnien</b>	2	100,0 %	0	0,0 %	2	26	19	33
<b>Deutschland</b>	3	33,3 %	6	66,7 %	9	38,6	18	88
<b>Finnland</b>	0	0,0 %	1	100,0 %	1	54	54	54
<b>Georgien</b>	1	100,0 %	0	0,0 %	1	54	54	54
<b>Kroatien</b>	0	0,0 %	2	100,0 %	2	32	21	43
<b>Österreich</b>	67	45,6 %	80	54,4 %	147	52	18	93
<b>Russland</b>	0	0,0 %	1	100,0 %	1	41	41	41
<b>Polen</b>	1	100,0 %	0	0,0 %	1	45	45	45
<b>Ungarn</b>	0	0,0 %	1	100,0 %	1	26	26	26
<b>Türkei</b>	1	100,0 %	0	0,0 %	1	31	31	31
<b>Schweiz</b>	1	100,0 %	0	0,0 %	1	74	74	74

Abbildung 3.2: Nationalitäten

Wie Abbildung 3.2 darstellt, ist das Durchschnittsalter der drei neben Österreich größten Bevölkerungsgruppen Bosnien, Deutschland und Kroatien mit 32,2 Jahren im Vergleich zu Österreich sehr jung. Ferner fällt auf, dass PatientInnen aus Afrika oder Asien nicht vertreten sind, obwohl laut Statistik ca. 3% der Bevölkerung in Graz von diesen Kontinenten kommen. Auch die türkische Bevölkerungsgruppe, die laut Statistik Graz die drittgrößte noch vor den Deutschen bildet, ist unterrepräsentiert, wogegen der Anteil der PatientInnen mit deutscher Staatsbürgerschaft in Relation zur Wohnbevölkerung übervertreten ist.<sup>39</sup> Insgesamt besuchten im Untersuchungszeitraum 12% PatientInnen mit Migrationshintergrund die Notaufnahme, die Hälfte davon aus nicht deutschsprachigen Ländern<sup>40</sup>.

### **Zusammenfassung**

- 54,5% der Befragten waren Frauen, die mit durchschnittlich 51 Jahren acht Monate älter waren als die männlichen Patienten
- nur jeder Dritte über 75 Jahre war ein Mann
- 12% AusländerInnen-Anteil, davon 50% nicht deutschsprachig
- Ausländische PatientInnen waren durchschnittlich 32 Jahre alt

<sup>39</sup>Magistrat Graz 2009

<sup>40</sup>Anteil ausländischer EinwohnerInnen der Stadt Graz 16,4% Stand: 01.01.2012

### 3.2.2 FAMILIENSTAND

Passend zum Befund der Verschiebung der Altersverteilung der über 75-jährigen zugunsten der Frauen ist die Tatsache, dass von diesen fast jede Fünfte ihren Ehepartner überlebt hat. Dazu passt auch, dass es mehr verheiratete Männer unter den PatientInnen gibt. Es ist auch möglich/wahrscheinlich, dass sich mehr Männer nach einer Scheidung wieder verheiratet haben.

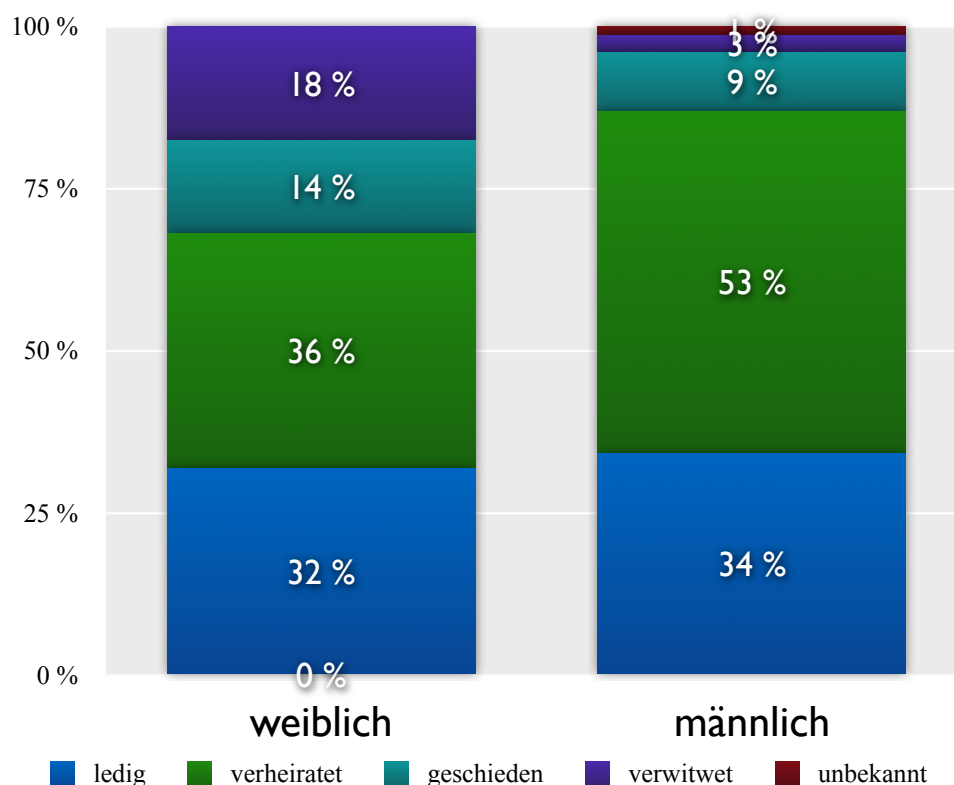


Abbildung 3.3: Familienstand

### 3.2.3 LEBENSSITUATION

Auch die Lebenssituation spiegelt die Ergebnisse der Altersverteilung und des Familienstandes wider. Von denjenigen PatientInnen, die alleine leben, sind 66% Frauen und 90% der Alleinerziehenden ebenfalls<sup>41</sup>. Leben PatientInnen in einer Wohngemeinschaft, dann sind zwei Drittel davon Männer.

<sup>41</sup>It. Statistik Austria ist die Quote der Alleinerziehenden stimmig: von den 115000 Alleinerziehenden in Österreich sind 92,4% Frauen und nur 7,6% Männer; Daten von 2009

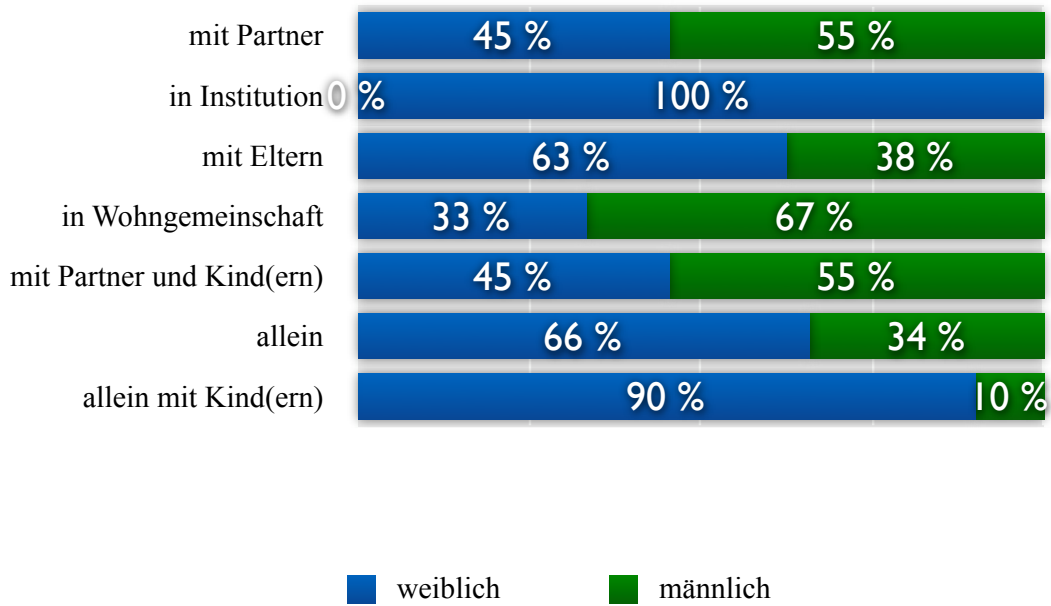


Abbildung 3.4: Lebenssituation

### 3.2.4 SCHULBILDUNG

#### Frauen

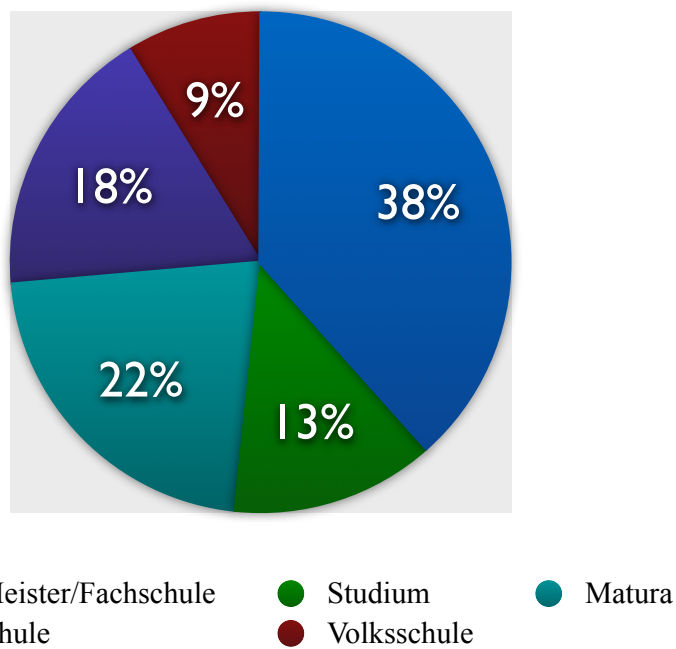


Abbildung 3.5: Schulbildung Frauen

Diagramm 3.5 und 3.6 zeigen, dass nur 13% der Frauen des PatientInnenkollektivs dieser Untersuchungswoche auf ein Studium verweisen konnten, während der Anteil Hauptschulabschlüsse im Vergleich zu den Männern doppelt so hoch war.

## Männer

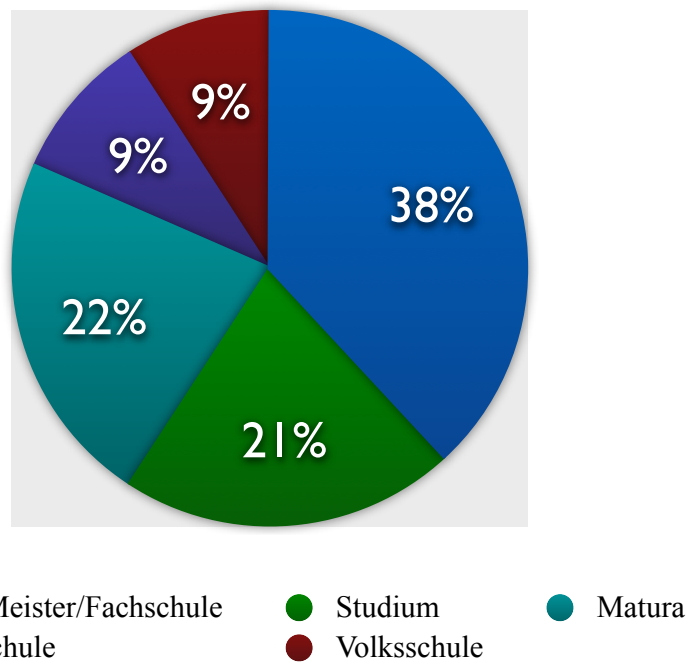


Abbildung 3.6: Schulbildung Männer

### 3.3 ERWERBSTÄTIGKEIT

Die Mehrheit der PatientInnen waren entweder vollzeitbeschäftigt oder pensioniert (zusammen drei Viertel). Vier Prozent befanden sich in einer Teilzeitbeschäftigung. Sechs Prozent arbeitslose PatientInnen benötigten ärztliche Hilfe im Untersuchungszeitraum<sup>42</sup>. Auffallend ist auch, dass zwei Prozent der befragten Frauen angaben, einer häuslichen Tätigkeit nachzugehen, während lt. Statistik Austria jedoch im Jahre 2006 fast ein Drittel der Frauen in Österreich Hausfrauen sind. Jede vierte Frau war in Ausbildung. Keiner der Männer bezeichnete sich als Hausmann.

<sup>42</sup>zum Vergleich lag lt. AMS die Arbeitslosenquote in Österreich im März 2010 bei 7,4%

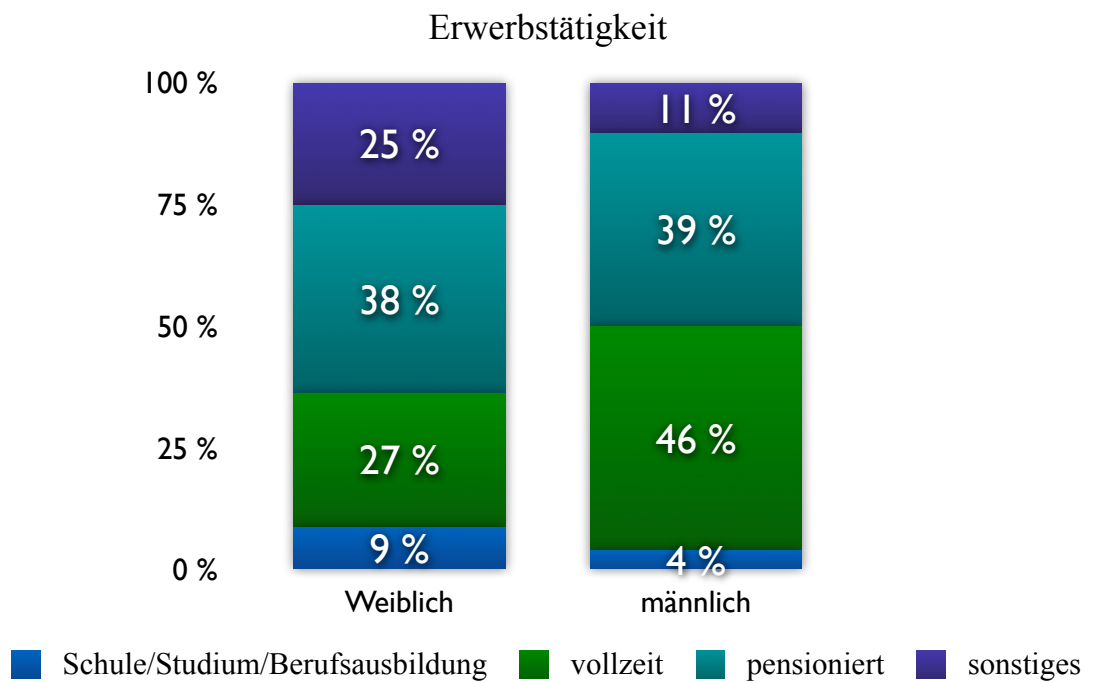


Abbildung 3.7: Erwerbstätigkeit

### 3.4 ZUWEISUNGSKONTEXT

Innerhalb einer Woche kamen die PatientInnen wie in Tabelle 3.8 aufgelistet in die Notaufnahme. Auffallend ist, dass Frauen signifikant häufiger mit der Rettung eingeliefert wurden als Männer, welche sich eher selbst in die Notaufnahme „einwiesen“.

Zuweisungskontext	weiblich		männlich	
	n	%	n	%
<b>Selbstzuweisung</b>	39	42,9 %	35	<b>46,1 %</b>
<b>Rettung</b>	39	<b>42,9 %</b>	21	27,6 %
<b>Hausarzt</b>	12	13,2 %	18	23,7 %
<b>Sonstiges</b>	1	1,1 %	1	1,3 %
<b>Notarzt</b>		0,0 %	1	1,3 %
<b>Summen</b>	<b>91</b>	<b>100,0 %</b>	<b>76</b>	<b>100,0 %</b>

Abbildung 3.8: Zuweisungskontext

Bei näherer Betrachtung des tageszeitlichen Verlaufes stellt sich heraus, dass dies besonders nachts<sup>43</sup> der Fall ist: von den 36 nachts in der Notaufnahme behandelten Frauen wurden knapp

<sup>43</sup>Nachtdienst von 20.00 – 08.00 Uhr

64% mit der Rettung gebracht, wie Abbildung 3.9 zeigt. Auch das Gros der Selbstzuweisungen unter den Männern findet in den Nachtstunden statt.

Zuweisungskontext Tag/ Nacht	weiblich				männlich				
	Tag		Nacht		Tag		Nacht		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Selbstzuweisung	28	50,9 %	11	30,6 %	21	39,6 %	14	<b>60,9 %</b>	
Rettung	16	29,1 %	23	<b>63,9 %</b>	13	24,5 %	8	34,8 %	
Hausarzt	10	18,2 %	2	5,6 %	17	32,1 %	1	4,3 %	
Sonstiges	1	1,8 %			1	1,9 %			
Notarzt					1	1,9 %			
<b>Summen</b>	<b>55</b>	<b>100,0 %</b>	<b>36</b>	<b>100,0 %</b>	<b>53</b>	<b>100,0 %</b>	<b>23</b>	<b>100,0 %</b>	<b>167</b>

Abbildung 3.9: Zuweisungskontext im Tagesverlauf

### Zusammenfassung

- Während der Nacht kamen fast zwei Drittel der Frauen mit der Rettung ins Krankenhaus
- Während der Ordinationszeiten von HausärztInnen tagsüber kamen nur 18,2% Frauen und 32,1% Männer per Überweisung ins Krankenhaus

#### 3.4.1 WIE KAMEN DIE PATIENTINNEN IN DIE KLINIK?

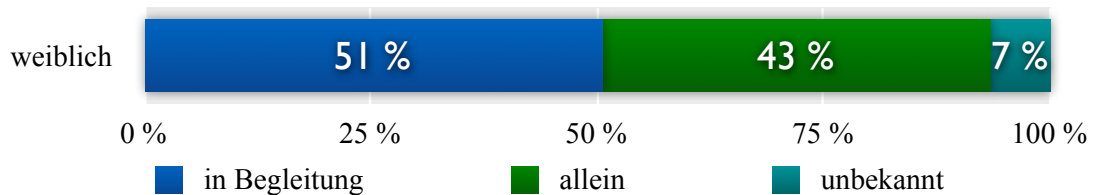


Abbildung 3.10: Wie kamen die weiblichen Patienten in die Klinik?

Der überwiegende Teil der weiblichen Patienten kam in Begleitung in die Klinik (50,5%), während Männer sich meistens alleine in die Klinik begaben (52,6%).

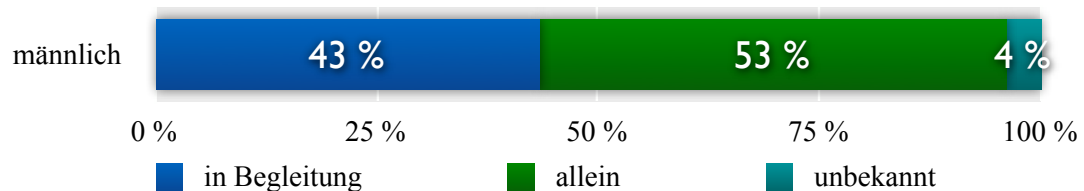


Abbildung 3.11: Wie kamen die männlichen Patienten in die Klinik?

Diese Zahlen wieder in Tag und Nacht aufgeschlüsselt ergeben ein detaillierteres Bild:

Patient kommt	weiblich				männlich				
	Tag		Nacht		Tag		Nacht		
	n	%	nacht	%	n	%	n	%	
<b>in Begleitung</b>	26	47,3 %	20	55,6 %	20	37,7 %	13	56,5 %	
<b>allein</b>	26	47,3 %	13	36,1 %	31	58,5 %	9	39,1 %	
<b>unbekannt</b>	3	5,5 %	3	8,3 %	2	3,8 %	1	4,3 %	
	<b>55</b>	<b>100,0 %</b>	<b>36</b>	<b>100,0 %</b>	<b>53</b>	<b>100,0 %</b>	<b>23</b>	<b>100,0 %</b>	<b>167</b>

Abbildung 3.12: Wie kamen die PatientInnen in die Klinik? – Vergleich Tag – Nacht

Hier zeigt sich eindeutig, dass Männer in der Nacht verstärkt auf die Unterstützung einer Begleitperson vertrauen, während sich das Bild am Tag genau umdreht und sie meistens alleine in die Notaufnahme kommen. Bei Frauen ist die Verteilung tagsüber ausgewogen, wogegen sie in der Nacht ebenfalls überwiegend in Begleitung kommen.

### **Zusammenfassung**

- Sowohl Frauen als auch Männer kamen in der Nacht überwiegend in Begleitung in die Notaufnahme

#### 3.4.2 WIE HÄNGT DIE ZUWEISUNG VOM KÖRPERLICHEN ZUSTAND DER PATIENTINNEN AB?

Da in dieser Studie PatientInnen mit vergleichsweise wenig dringlichen Symptomen untersucht wurden, müssten Zuweisungsformen wie 'Selbstzuweisung' überwiegen, da der Transport mit der Rettung in ein Krankenhaus eine höhere Dringlichkeit suggerieren würde. Dies war tagsüber in allen Fällen der Fall. Nachts jedoch wurden Frauen in sechs von zehn Fällen mit 'MTS 3' mit der Rettung ins Krankenhaus gebracht. Bei der niedrigeren Dringlichkeitsstufe 4 wurden sogar knapp neun Prozent mehr Frauen mit der Rettung ins Krankenhaus befördert (69% im Vergleich zu 19% Selbstzuweisung).

<b>Frauen</b>	<b>Tag</b>			<b>Nacht</b>		
<b>MTS/Zuweisung</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Rettung	27,8 %	31,4 %		60,0 %	68,8 %	
Hausarzt	22,2 %	17,1 %			12,5 %	
Selbstzuweisung	44,4 %	51,4 %	100,0 %	40,0 %	18,8 %	
Sonstiges	5,6 %					
Notarzt						
	100 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	

Abbildung 3.13: Zuweisungskontext im Vergleich zur Dringlichkeit – Frauen

Bei Patienten sieht das Bild dagegen wie folgt aus:

<b>Männer</b>	<b>Tag</b>			<b>Nacht</b>		
<b>MTS/Zuweisung</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Rettung	20,0 %	30,0 %		12,5 %	50,0 %	
Hausarzt	25,0 %	36,7 %	33,3 %	12,5 %	0,0 %	
Selbstzuweisung	50,0 %	30,0 %	66,7 %	75,0 %	50,0 %	100,0 %
Sonstiges	0,0 %	3,3 %				
Notarzt	5,0 %					
	100 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Abbildung 3.14: Zuweisungskontext im Vergleich zur Dringlichkeit – Männer

Obwohl bei Männern der Kontext der Selbstzuweisung in allen Fällen überwog bzw. sich mit dem Transport durch die Rettung die Waage hielt, fällt auch hier auf, dass mit der Abnahme der Dringlichkeit mehr Patienten per Rettung in die Notaufnahme gebracht wurden. Bei den Frauen spielte die Zuweisung durch einen Hausarzt eher eine untergeordnete Rolle, während Männer mehr Gebrauch von ihrem Hausarzt machten. Ein einziger Patient von 167 mit der niedrigen Behandlungsdringlichkeit 'MTS-Score 3–5' wurde im Studienzeitraum mit einem Notarzt ins LKH Graz eingeliefert.

### **Zusammenfassung**

Vergleicht man Männer und Frauen<sup>44</sup> bzgl. des Zuweisungskontextes in Abhängigkeit von der medizinischen Behandlungsdringlichkeit und tageszeitlichen Verlauf, so fällt vereinfacht folgendes auf:

- Männer begaben sich überwiegend alleine in die Notaufnahme

<sup>44</sup>mit MTS-Score 3–5



- Im Vergleich zu den Frauen wiesen sich drei von vier Männer mit 'MTS 3' in der Nacht selbst ins Krankenhaus ein, während es bei den Frauen beinahe umgedreht ist und knapp zwei von drei Frauen mit dem Rettungsdienst in die Klinik gebracht wurden
- während sich nachts bei einer Behandlungsdringlichkeit 'MTS 4' Männer zu gleichen Teilen per Rettung und selbstständig in die Notaufnahme begaben, so waren es bei den Frauen beinahe viermal so viele mit der Rettung (68,75 vs. 18,75%)

### 3.5 LEITSYMPTOME

Da bei der Triagierung in erster Linie Symptome und Beschwerden im Vordergrund stehen, werden diese in speziellen Algorithmen und 200 verschiedenen „Flowcharts“ abgefragt. Das Procedere fängt bei den dringlichsten Symptomen an und schreitet zu den weniger dringlichen fort. Der Übersichtlichkeit halber wurden alle vorhandenen Leitsymptome in zehn Übergruppen zusammengefasst.

Bei den 167 PatientInnen der Studie wurden innerhalb einer Woche folgende Leitsymptome von den Triage-MitarbeiterInnen festgestellt:

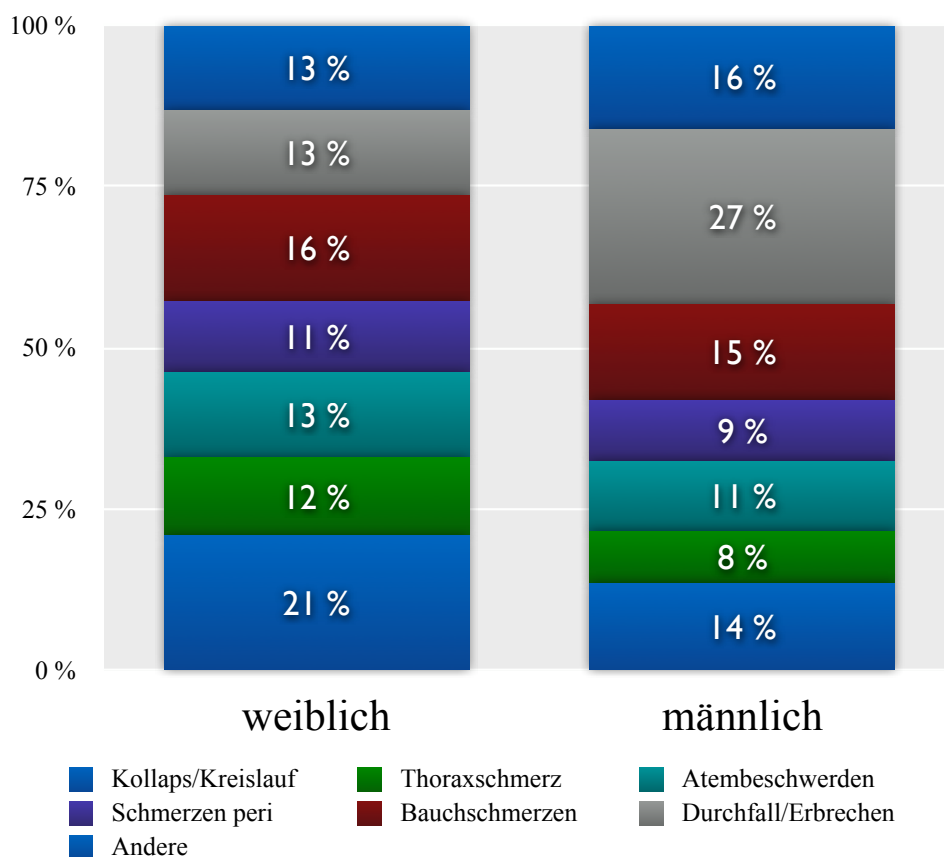


Abbildung 3.15: Leitsymptome nach Triagierung

Das Diagramm 3.15 beschreibt, dass Frauen und Männer wegen unterschiedlicher Symptome die Notaufnahme aufgesucht haben. Während bei Frauen in erster Linie kardiovaskuläre Probleme (20,9%) im Vordergrund standen, klagten Männer hauptsächlich über gastrointestinale Beschwerden (26,3%) mit Durchfall und Erbrechen. Während fast die Hälfte aller Frauen (46,2%) mit kardiovaskulären Problemen, Atembeschwerden oder Thoraxschmerzen - sozusagen Problemen im Oberkörper - in die Notaufnahme kamen (Männer nur 31,6%), klagten Männer eher (40,8%) über Probleme im Bauchraum (Bauchschmerzen allgemein + Durchfall/Erbrechen, Frauen dagegen nur 29,7%). Ferner fällt auf, dass Männer beinahe zwei Mal so häufig an fieberhaften Infekten in dieser einen Woche erkrankt sind. Tabelle 3.16 zeigt den tageszeitlichen Vergleich der verschiedenen Leitsymptome bei Frauen. Hier fallen in erster Linie die Leitsymptome 'Thoraxschmerz' (20%) oder 'Infektionen/Fieber' (9,1%) auf, die während der Nachtstunden offensichtlich nicht auftreten. Dagegen kommen die in der Nacht am häufigsten vorgefundenen Symptome 'Kollaps/Kreislauf', 'Durchfall/Erbrechen' und 'Bauchschmerzen' (zusammen 69,4%) am Tag fast nur halb so oft vor (zusammen 38,2%). Atembeschwerden verdoppeln sich relativ während der Nacht.

Symptome	weiblich			
	Tag		Nacht	
	n	%	n	%
<b>Kollaps/Kreislauf</b>	9	16,4 %	10	27,8 %
<b>Durchfall/Erbrechen</b>	5	9,1 %	7	19,4 %
<b>Bauchschmerzen</b>	7	12,7 %	8	22,2 %
<b>Thoraxschmerz</b>	11	<b>20,0 %</b>		
<b>Schmerzen peri</b>	8	14,5 %	2	5,6 %
<b>Atembeschwerden</b>	5	9,1 %	7	<b>19,4 %</b>
<b>Schmerzen Unterleib/Genital</b>	1	1,8 %	1	2,8 %
<b>AZ-Verschlechterung</b>	2	3,6 %		
<b>RR</b>	2	3,6 %	1	2,8 %
<b>Infektionen/Fieber</b>	5	<b>9,1 %</b>		
	55	100,0 %	36	100,0 %

Abbildung 3.16: Leitsymptome Frauen – Tagesverlauf

Ein vollkommen unterschiedliches Bild zeigt der Vergleich von Leitsymptomen zwischen Tag und Nacht, die während der Studie bei Männern beobachtet wurden.

Symptome	männlich			
	Tag		Nacht	
	n	%	n	%
<b>Kollaps/Kreislauf</b>	9	17,0 %	1	4,3 %
<b>Durchfall/Erbrechen</b>	10	<b>18,9 %</b>	10	<b>43,5 %</b>
<b>Bauchschmerzen</b>	8	15,1 %	3	13,0 %
<b>Thoraxschmerz</b>	4	7,5 %	2	8,7 %
<b>Schmerzen peri</b>	6	11,3 %	1	4,3 %
<b>Atembeschwerden</b>	6	11,3 %	2	8,7 %
<b>Schmerzen Unterleib/ Genital</b>			1	4,3 %
<b>AZ-Verschlechterung</b>	1	1,9 %		
<b>RR</b>	2	3,8 %	2	8,7 %
<b>Infektionen/Fieber</b>	7	13,2 %	1	4,3 %
	53	100,0 %	23	100,0 %

Abbildung 3.17: Leitsymptome Männer – Tagesverlauf

Hier zeigt sich besonders deutlich, dass in dieser Woche des Untersuchungszeitraumes Männer vor allen Dingen an gastrointestinalen Symptomen gelitten haben, in der Nacht 2,3-fach mehr als am Tag. Während sich bei den Frauen Atembeschwerden in der Nacht verdoppelten, nahmen diese bei Männern ab. Während hypertensive Blutdrucksituationen bei Frauen über den Tag gleichmässig verteilt waren, nahmen diese bei Männern in den Nachtstunden relativ gesehen zu.

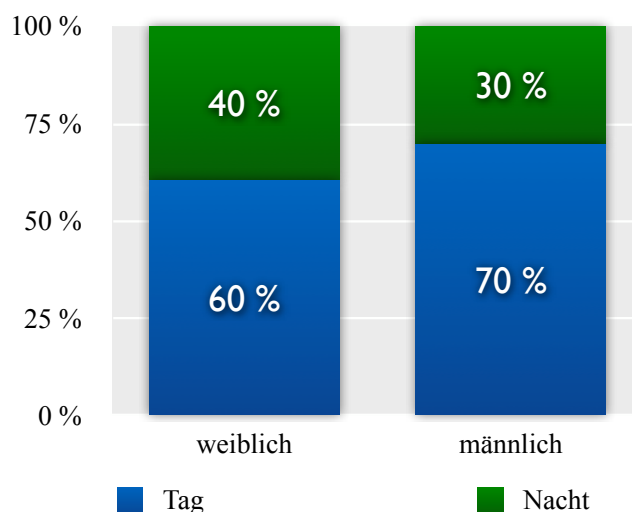


Abbildung 3.18: EBA-Besuche - Tag/Nacht

Insgesamt waren 26,7% der Männer in den zwölf Stunden des Nachtdienstes in der Notaufnahme, der Anteil der Frauen lag dagegen bei 39,5%.

## Zusammenfassung

- Frauen litten in erster Linie unter Herzproblemen (21%),
- Männer unter Magen-/Darm-Beschwerden (26%).
- Fast die Hälfte der Frauen kamen mit Symptomaten des Oberkörpers (46,2% Thoraxschmerzen, Atembeschwerden, etc.) in die Notaufnahme, Männer klagten eher über Beschwerden im Bauchraum (40,8%).
- Die drei in der Nacht am häufigsten gefundenen Symptome ‘Kollaps/Kreislaufprobleme’, ‘Durchfall/Erbrechen’ und ‘Bauchschmerzen’ (zusammen fast 70%), wurden tagsüber von Frauen nur halb so oft geschildert (38,2%).

## 3.6 BEHANDLUNGSDRINGLICHKEIT

Wie in Kapitel 2.3 beschrieben wurden durch das Pflege-Personal in der Untersuchungswoche wie in Abbildung 3.19 dargestellte Behandlungsdringlichkeiten ermittelt:

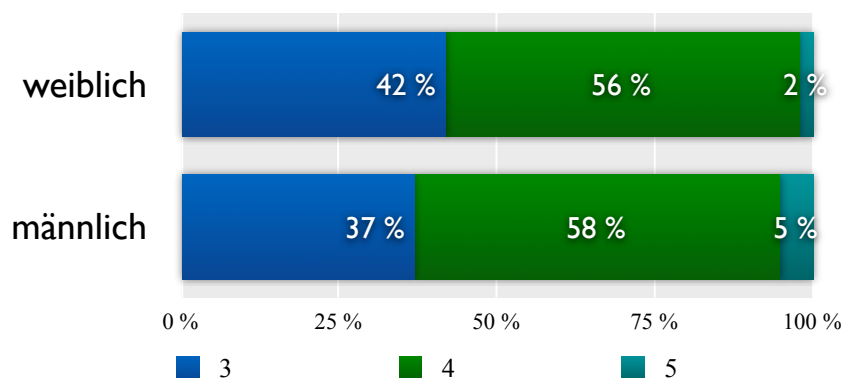


Abbildung 3.19: MTS – Einstufung nach Geschlecht

Dies bedeutet, dass die beobachteten Symptome bei Frauen generell etwas schwerwiegender beurteilt wurden. Bei den triagierten Frauen wurden in 42% der Fälle (Männer 37%) die sich darstellende Symptomatik so ernst eingestuft, dass die Patientinnen innerhalb der nächsten 60 Minuten einen Arzt vorgestellt werden mussten. Beim Grossteil der restlichen Patientinnen (56%) erachtete man eine ärztliche Begutachtung in den nächsten 90 Minuten für ausreichend. Männer wurden mit der MTS-Dringlichkeitsstufe ‘4’ zu 58% der Fälle eingeteilt und immerhin noch fünf Prozent der Patienten sollten innerhalb zwei Stunden einen Arzt sehen<sup>45</sup>. Wie in den Abbildungen 3.13 und 3.14 zu erkennen ist, ändert sich nicht nur der Zuweisungskontext in

<sup>45</sup>siehe Abbildung 2.1

Abhängigkeit von der Dringlichkeit, auch die Dringlichkeitseinstufung der verschiedenen Leitsymptome variiert zwischen Tag und Nacht.

Am Tag ergibt sich folgendes Bild:

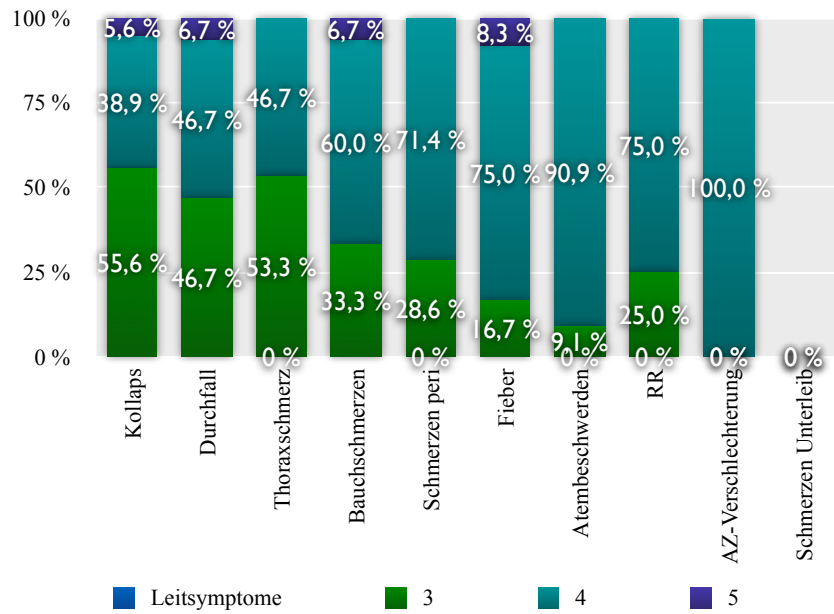


Abbildung 3.20: Verteilung der Behandlungsdringlichkeit pro Leitsymptom – Tag

Diagramm 3.21 veranschaulicht wie dringlich die Leitsymptome während der Nacht eingestuft wurden:

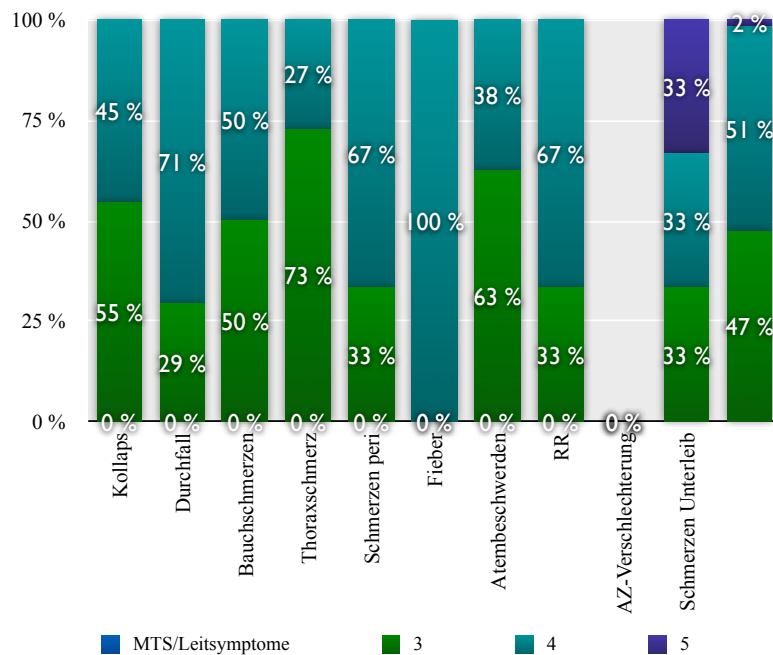


Abbildung 3.21: Verteilung der Behandlungsdringlichkeit pro Leitsymptom – Nacht

Die Abbildungen 3.20 und 3.21 zeigen deutlich wie die Behandlungsdringlichkeiten der Leitsymptome tageszeitlich unterschiedlich beurteilt werden. Besonders auffallend ist, dass nachts

dringlichere Fälle an ‘Thoraxschmerz’, ‘Atembeschwerden’ oder ‘Bauchschmerzen’ beurteilt wurden, während diese tagsüber nicht so dringlich eingestuft wurden. Auch gab es tagsüber Fälle von ‘Kollaps’ (6%), ‘Durchfall + Bauchschmerzen’ (beide 7%) und ‘Fieber’ (8%), die am Tag mit ‘MTS 5’ als wenig dringlich eingestuft wurden. Da diese Einstufung während den Nachtstunden fehlt, bedeutet dies entweder, dass die PatientInnen in den Nachtstunden komplett nicht vorhanden waren bzw. diese Fälle vom Triage-Personal als dringlicher eingestuft wurden.

### **Zusammenfassung**

- Die Behandlungsdringlichkeiten von Frauen und Männern stimmten weitestgehend überein.
- Es gab Symptome (z.B. Atembeschwerden), die während der Nacht dringlicher eingestuft wurden.

### **3.7 DIAGNOSEN**

Da bei der Ersteinschätzung der Triage-MitarbeiterInnen für die Beurteilung der medizinischen Behandlungsdringlichkeit Diagnosen keine Rolle spielen, werden diese erst abschließend von den ÄrztInnen nach Beendigung aller Untersuchungen und Abschluss der kompletten Diagnostik gestellt. Zur besseren Übersicht wurden diese unter sechs Diagnose-Gruppen – abhängig von Organsystemen und Körperregionen – zusammengefasst, weil eine Vielzahl unterschiedlichster Diagnosen gestellt wurden.

#### **Diagnosen Männer**

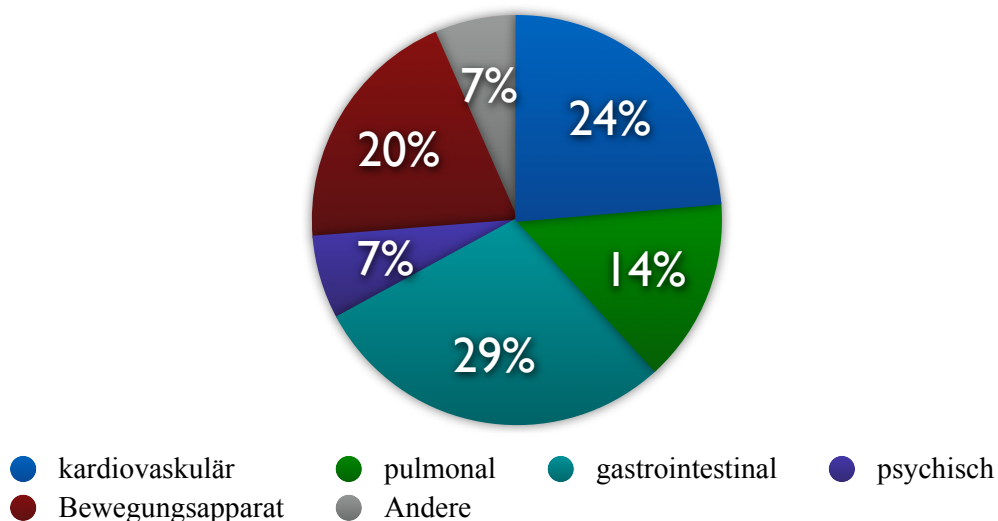


Abbildung 3.22: Verteilung der Diagnosen – Männer

Obwohl bei der Ersteinstufung des Triage-Personals ein deutlicher Unterschied in puncto gastrointestinalen Problemen zwischen Frauen und Männern besteht, herrscht bei der abschließenden Diagnosenstellung zwischen den Geschlechtern Parität. Kardiovaskuläre Probleme, lan-

ge Zeit die Domäne von Männern, traten während der Untersuchung bei fast jeder dritten Frau auf.

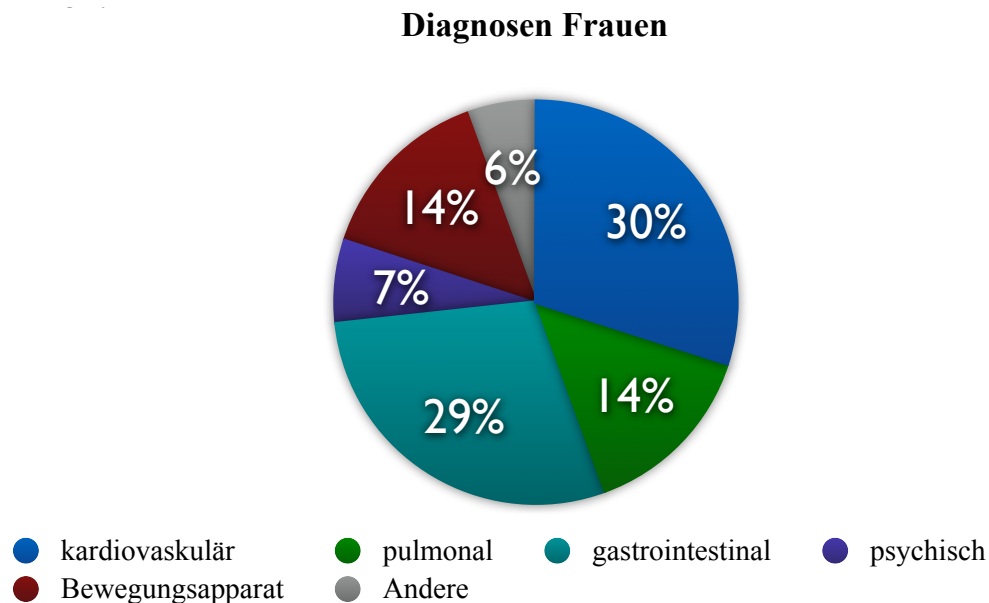


Abbildung 3.23: Verteilung der Diagnosen – Frauen

Männer haben einen grösseren Anteil an Erkrankungen des Bewegungsapparates, während der Prozentsatz psychischer Diagnosen bei beiden Geschlechtern gleich ist.

### **Zusammenfassung**

- Obwohl Männern zum Zeitpunkt der Aufnahme häufiger unter Bauchsymptomen litten, waren gastrointestinale Diagnosen abschliessend zwischen den Geschlechtern ausgeglichen verteilt.
- Frauen hatten mehr kardiovaskuläre Probleme als Männer (30% vs. 24%).
- Bei Männern wurden mehr Diagnosen des Bewegungsapparates als bei Frauen gestellt (20% vs. 14%).
- Psychische Diagnosen waren gleich verteilt (14%)

### 3.8 WEITERBEHANDLUNG

Es wurde ferner untersucht, ob der Besuch der Notaufnahme eine stationäre Weiterbehandlung am LKH Graz in der Klinik für Innere Medizin, einer anderen Klinik des LKHs oder eines externen Krankenhauses zur Folge hatte. Dabei stellte sich heraus, dass es Unterschiede im tageszeitlichen Verlauf zwischen Männern und Frauen gibt. Die Abbildung 3.24 zeigt, dass unter den Frauen nachts häufiger Personen stationär aufgenommen wurden (31%) als während des Tages ( ca. 14%).

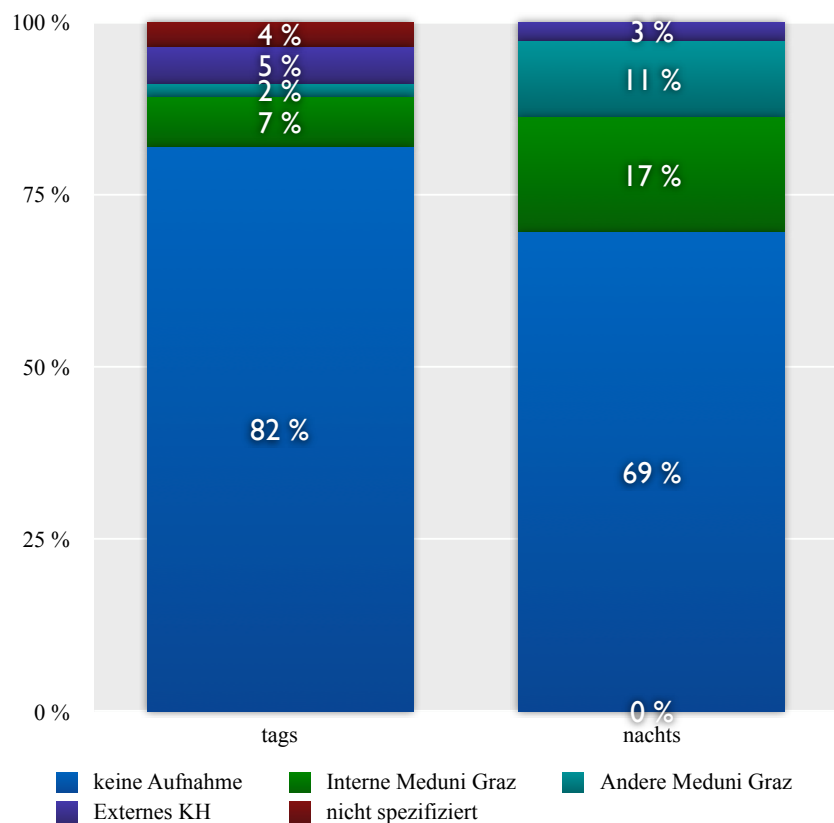


Abbildung 3.24: Weiterbehandlung Frauen – Tag/Nacht



Männer hingegen wurde eher am Tag in eine Klinik stationär aufgenommen.

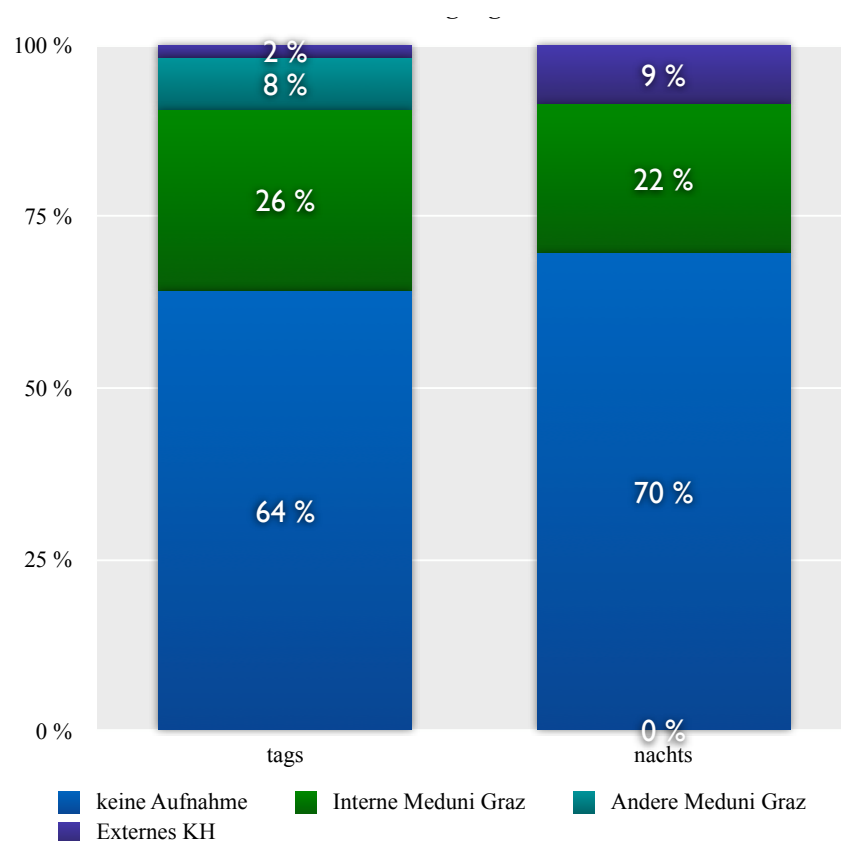


Abbildung 3.25: Weiterbehandlung Männer - Tag/Nacht

Nachts wurden verhältnismässig viele Männer an ein externes Krankenhaus verwiesen. Keiner der PatientInnen wurde an eine psychiatrische Klinik überwiesen.

Wie die Einstufung der medizinischen Dringlichkeit am Anfang des Behandlungsprozesses durch das Triage-Personal mit der Weiterbehandlung am Ende der Diagnostik durch die Ärzteschaft zusammenhängt, zeigen folgende Grafiken:

Diagramm 3.26 zeigt auffallend, dass tagsüber mit der Abnahme der unmittelbaren Notwendigkeit einer sofortigen medizinischen Intervention der Anteil der stationären Aufnahmen zu nahm. Befand also ein/e Triage-Mitarbeiter/in zu Beginn der Behandlung, dass der Patient/die Patientin in der nächste Stunde (MTS-Score '3') medizinisch versorgt werden musste, so wurden über 75% dieser PatientInnen danach wieder entlassen. Bei einer Dringlichkeit einer Behandlung innerhalb von zwei Stunden wurden 40% der PatientInnen von der Klinik für Innere Medizin am LKH aufgenommen.

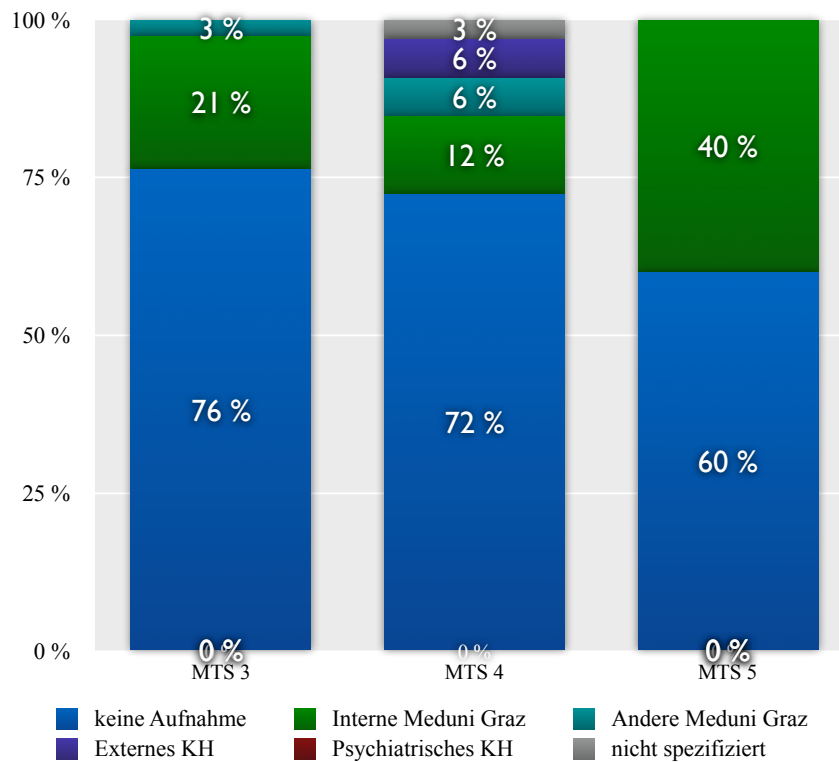


Abbildung 3.26: Weiterbehandlung nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Tag

In Abbildung 3.27 wird deutlich, dass nachts sich die Anzahl der stationären Aufnahmen parallel zur Einstufung der Behandlungsdringlichkeit bewegten. 43% der PatientInnen, die unter die Kategorie ‘MTS 3’ fielen, wurden stationär aufgenommen, wobei 36% vom LKH versorgt und 7% an ein anderes Krankenhaus weitergeleitet wurden. Der Anteil der Weiterbehandlung am LKH Graz ist in der Nacht (12%) kleiner als am Tag (18%).

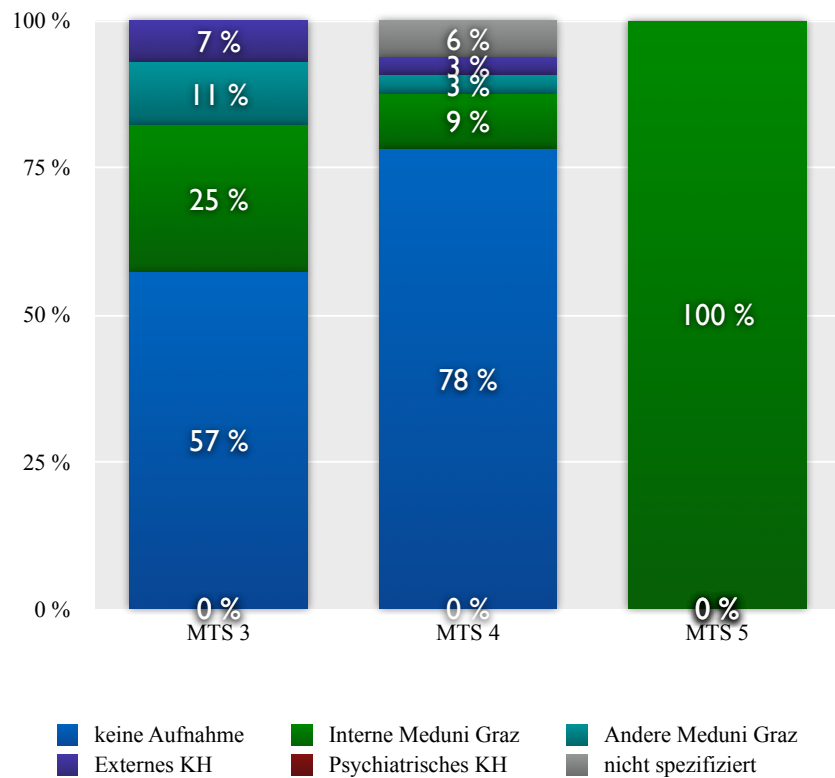


Abbildung 3.27: Weiterbehandlung nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Nacht

Untersucht wurde ebenfalls, wie die ursprünglichen Leitsymptome im Endeffekt weiterbehandelt wurden - unabhängig wie dringlich sie am Anfang eingeschätzt wurden. Hier fallen vor allen Dingen zwei Befunde in der Statistik der Frauen auf:

- weder Patientinnen mit der Leitsymptomatik ‘Kollaps/Kreislauf’ noch ‘hypertone Kreislaufsituation’ waren so schwer erkrankt, dass eine stationäre Behandlung indiziert gewesen wäre.
- Dagegen wurden alle weiblichen Patienten mit Schmerzen im Unterleib stationär aufgenommen.

Von denjenigen weiblichen Patienten, die mit Leitsymptomatik ‘Fieber/Infektion’ oder ‘Bauchschmerzen’ die Notaufnahme aufgesucht hatten, wurde jede Fünfte stationär weiterbehandelt. Patientinnen mit ‘Durchfall/Erbrechen’, ‘Atembeschwerden’ und ‘Thoraxschmerzen’ wurden zu über 80% der Fälle wieder nach Hause geschickt.

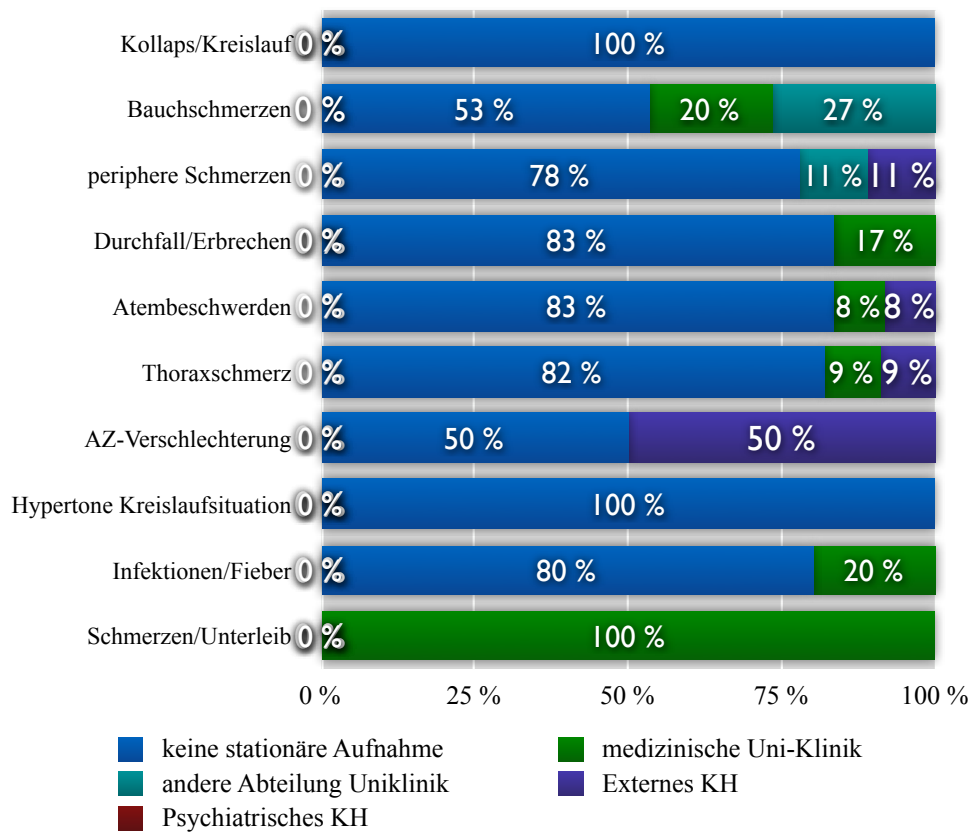


Abbildung 3.28: Weiterbehandlung der Symptome – Frauen

Wiederum waren alle Patienten mit der Symptomatik ‘Schmerzen/Unterleib’ so stark erkrankt, dass die Klinik für Innere Medizin des Landeskrankenhauses sie stationär aufnahm. 30% der Patienten mit Kreislaufsymptomaten wurden stationär aufgenommen. Zehn Prozent wurden an ein externes Krankenhaus verwiesen. Auch von den mit Durchfall und Erbrechen erkrankten Patienten wurde knapp jeder Dritte in ein externes Krankenhaus/Klinik eingewiesen – davon wieder jeder Vierte in ein anderes Krankenhaus als das LKH. Kein/e Patient/in wurde in ein psychiatrisches Krankenhaus überwiesen.

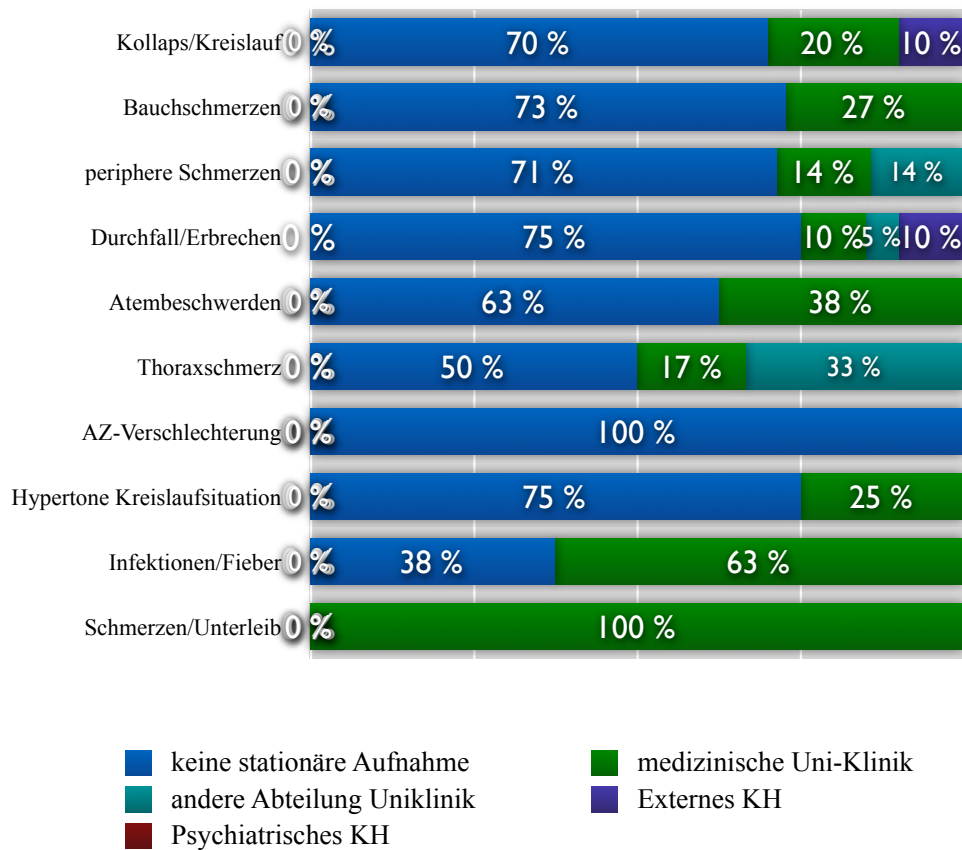


Abbildung 3.29: Weiterbehandlung der Symptome – Männer

Da eine Vielzahl verschiedenster Diagnosen mit den gleichen oder ähnlichen Symptomen auftreten können, wurde versucht darzustellen, welche Leitsymptome letztendlich zu welcher Diagnose führten. Hier fällt auf, dass zum ersten Male psychiatrische Diagnosen/Nebendiagnosen auftauchen. Immerhin wurden 'Bauchschmerzen' zu 16% psychosozial hervorgerufen diagnostiziert (Reizdarmsyndrom?). Bemerkenswert ist, dass 15% aller PatientInnen mit 'Atembeschwerden' ein orthopädisches Problem hatten, fast jeder Fünfte (18%) mit Thoraxschmerzen wurde später mit einer gastrointestinalen Erkrankung eingestuft. PatientInnen, die mit einer Hypertonie die EBA aufsuchten, verliessen diese zu gleichen Teilen mit entweder der Diagnose Magen-Darm-Erkrankung, Herz-Kreislauf- oder einer anderen Erkrankung. Bei 14% dieser PatientInnen stuften die behandelnden Internisten die Beschwerden durch psychosoziale Faktoren hervorgerufen ein. Auch Unterleibschmerzen konnten in 33% der Fälle eine kardiovaskuläre Diagnose nach sich ziehen .

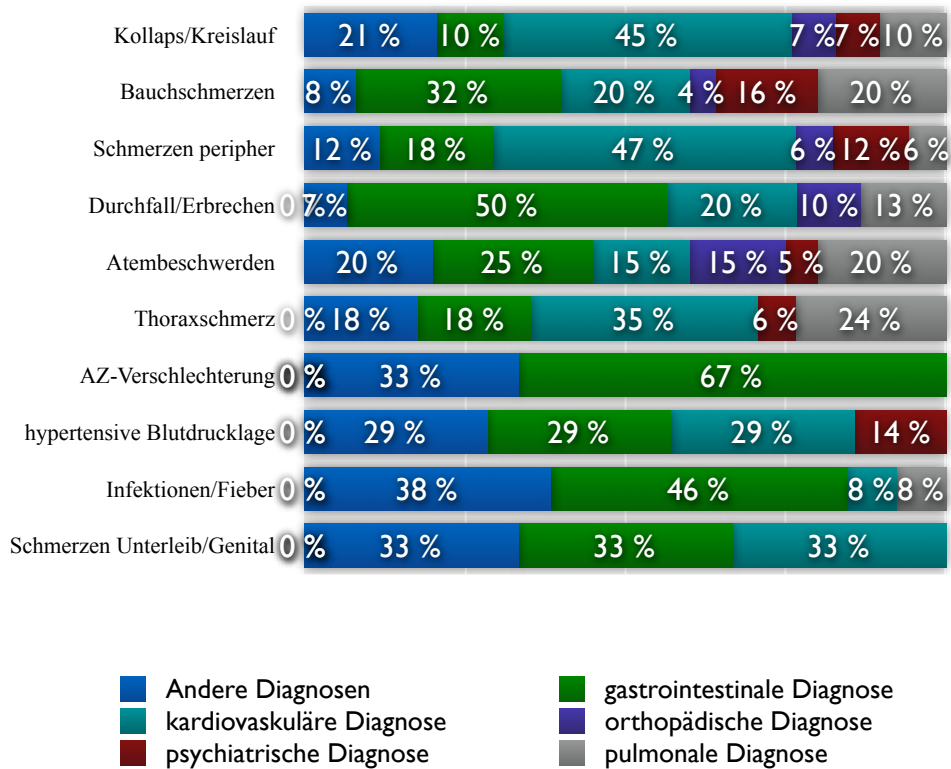


Abbildung 3.30: Welche Symptome wurden wie diagnostiziert

### Zusammenfassung

- Frauen wurden zwischen 20:00 und 08:00 Uhr häufiger stationär aufgenommen (31% vs. 14% am Tag)
- Männer wurden häufiger am Tag in eine Klinik eingewiesen (36% vs. 30%)
- Nachts wurden verhältnismässig viele Männer an ein externes Krankenhaus verwiesen
- Es besteht ein grosser Unterschied bei der stationären Aufnahme am Tag zwischen den Geschlechtern: Männer wurden mehr als doppelt so häufig stationär aufgenommen
- Schmerzzustände wurden bei Frauen und Männern zwischen 6 – 16% mit einer psychiatrischen Diagnose befundet, hypertensive Kreislaufzustände zu 14%

### 3.9 MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN UND VERGANGENE BESUCHE IN DER NOTAUFNAHME

#### 3.9.1 MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN

Die Anzahl der verschriebenen Allgemein-Medikamente<sup>46</sup> sind ein Indikator für Chronizität und Multimorbidität, sprich für die Komplexität der untersuchten PatientInnen.

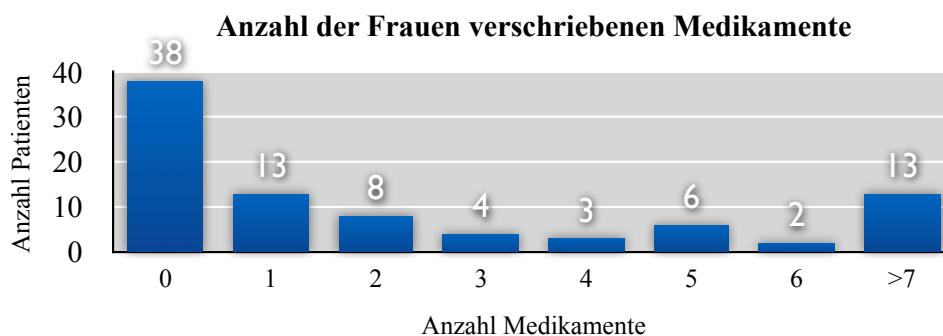


Abbildung 3.31: Anzahl der Frauen verschriebenen Medikamente

42% der Frauen verliessen die Notaufnahme ohne eine Medikament verschrieben bekommen zu haben. Einem fast gleich grossen Prozentsatz von 39 wurden zwischen einem und sechs Medikamenten verschrieben und mehr als jeder Achte (14%) wurde trotz einer vergleichsweise niedrigen medizinischen Behandlungsdringlichkeit mit einer Verordnung über sieben Medikamenten von der Notaufnahme weiter verwiesen bzw. nach Hause entlassen. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der verschriebenen Medikamente auch die bereits vor dem EBA-Besuch bestehende Medikation beinhaltet.

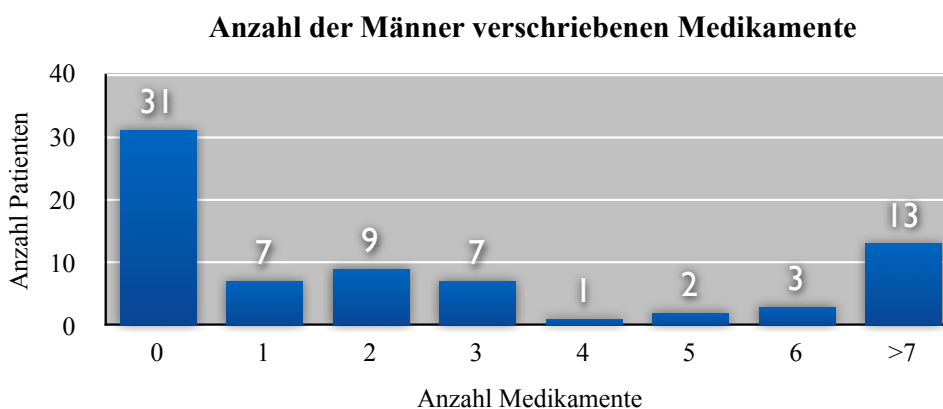


Abbildung 3.32: Anzahl der Männern verschriebenen Medikamente

<sup>46</sup>keine Analgetika oder Psychopharmaka

Ohne ein Medikament wurden nur knapp weniger Männer als Frauen aus der Notaufnahme entlassen (41%). Einem im Vergleich zu den Frauen ebenfalls fast gleich grossen Anteil von 38% bekamen ein bis sechs Medikamente verschrieben. Nimmt man jedoch die Anzahl der Medikamente als einen Indikator für Multimorbidität, so sind 13 der 76 untersuchten Männer und einem Anteil von 17,8% der männlichen Patienten, die mehr als sieben Medikamente einnehmen müssen, eindeutig kränker als Frauen (12,7%). Die höchste Zahl verschriebener allgemeiner Medikamente war sowohl bei Frauen als auch bei Männern 13.

### 3.9.2 VERORDNUNG VON ANALGETIKA UND PSYCHOPHARMAKA

Daneben wurde noch erhoben, wie viele Schmerzmittel und Psychopharmaka den PatientInnen verschrieben wurden. Hier gilt ebenso, wie in Abschnitt 3.9.1 erwähnt, dass eine bereits bestehende Medikation weiterverordnet wurde und die Zahlen nicht einer Neuverordnung durch die ÄrztInnen der Notaufnahme entsprechen. Abbildung 3.33 zeigt, dass Frauen etwas mehr Schmerzmittel verordnet wurden als Männern.

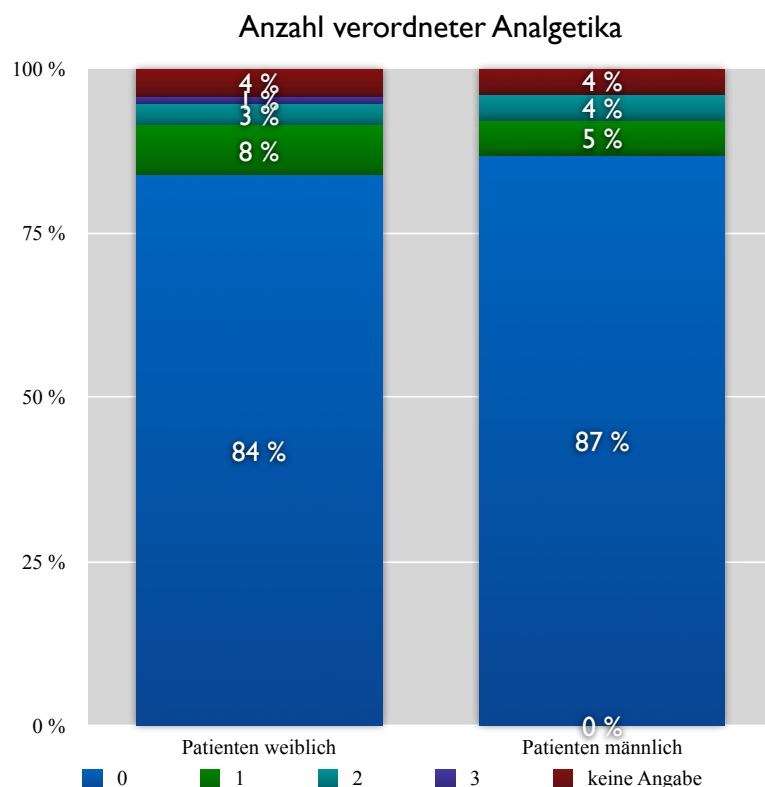


Abbildung 3.33: Geschlechterverteilung der verschriebenen Schmerzmedikamente

Ähnlich präsentiert sich die Verteilung der verschriebenen Psychopharmaka zwischen den Geschlechtern. 15% der Frauen wurde ein Psychopharmakon verordnet, während Männer nur in 11% der Fälle so behandelt wurden.



Hier ist zu erwähnen, dass der Anteil Frauen, dem zwischen zwei und vier Medikamente verschrieben wurden etwas höher war als bei den Männern (7% vs. 2%)

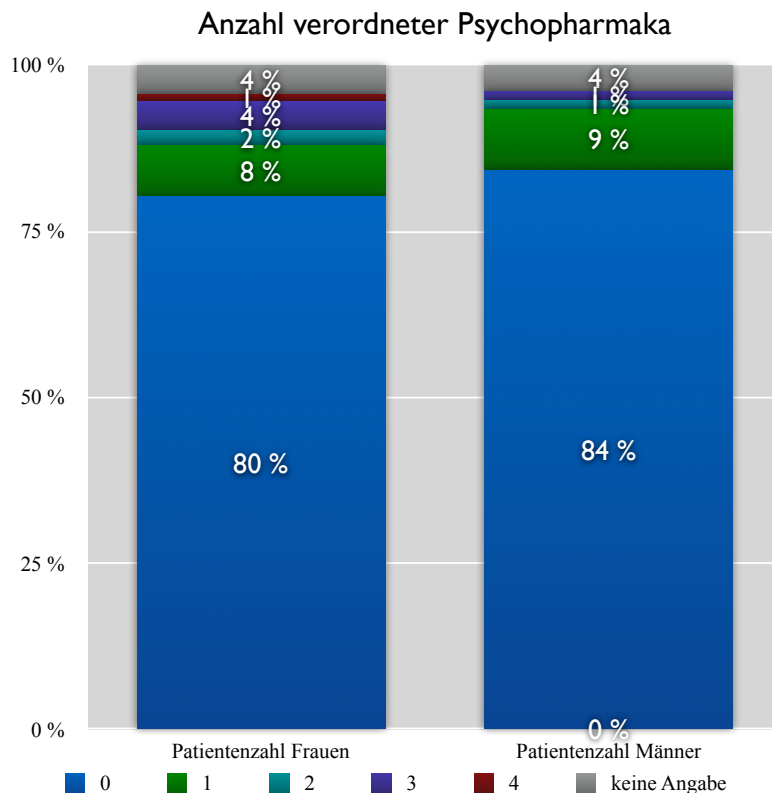


Abbildung 3.34: Geschlechterverteilung der verschriebenen Psychopharmaka

Gruppirt man die Anzahl der verschriebenen Medikamente nach der anfänglich vorgenommenen Dringlichkeitseinstufung so ergibt sich folgendes Bild.

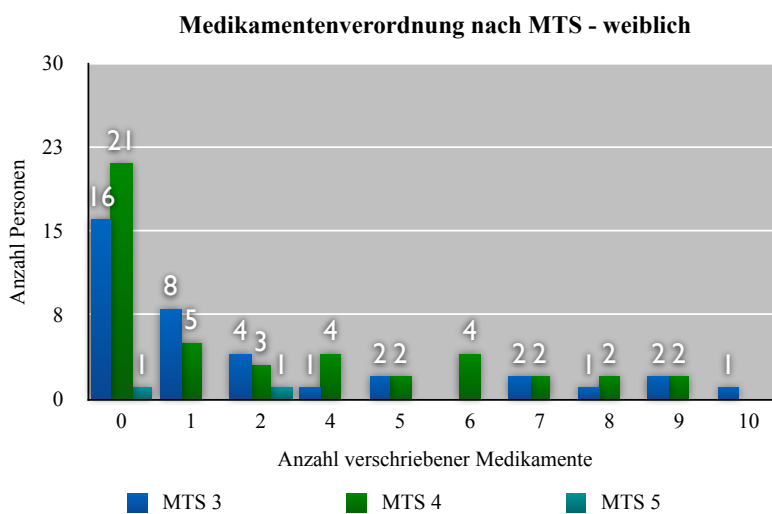


Abbildung 3.35: Anzahl der verschriebenen Medikamente nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Frauen

Während das Bild bei den Frauen sehr uneinheitlich ist und man keinen genauen Trend feststellen kann, so erkennt man bei den Männern, dass mehr Patienten mit Dringlichkeit ‘MTS 4’ fast ausnahmslos mehr Medikamente einnahmen als diejenigen die „dringlicher“ eingestuft wurden.

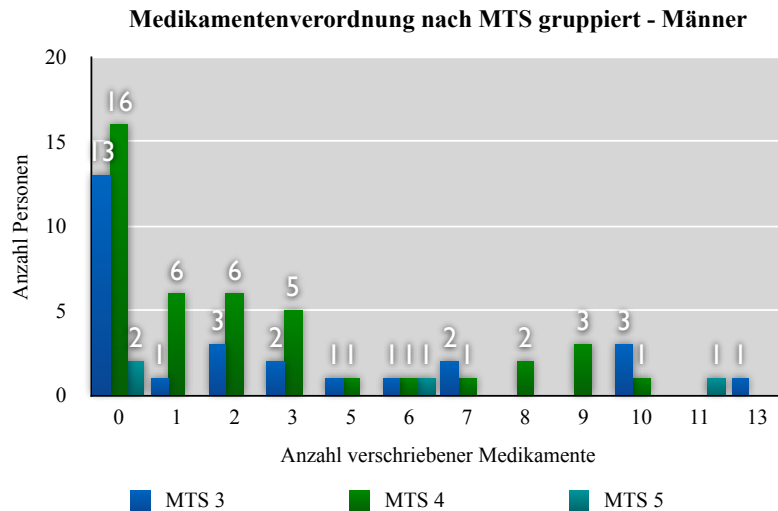


Abbildung 3.36: Anzahl der verschriebenen Medikamente nach MTS-Dringlichkeit gruppiert – Männer

### *Zusammenfassung*

- Frauen bekamen sowohl mehr Schmerzmedikation als auch Psychopharmaka verschrieben
- Männer bekamen öfters über sieben Medikamente (17,8%) verschrieben als Frauen (12,7%)
- Höchste verschriebene Medikamentenanzahl war 13

### 3.9.3 BESUCH DER NOTAUFNAHME

Teil der biopsychosozialen Komplexität ist der Gebrauch des und der Umgang mit dem Gesundheitssystem. So wie die Zahl der verordneten Medikamente als Massstab für multiple Komorbiditäten und/oder Chronizität von Erkrankungen gelten kann, so ist auch die Anzahl der EBA-Besuch in den zwölf Monaten vor Beginn der Studie ein aussagekräftiger Indikator. Frauen besuchten die internistische Notaufnahme wie in der Abbildung 3.37 dargestellt.

## EBA-Besuche - Frauen

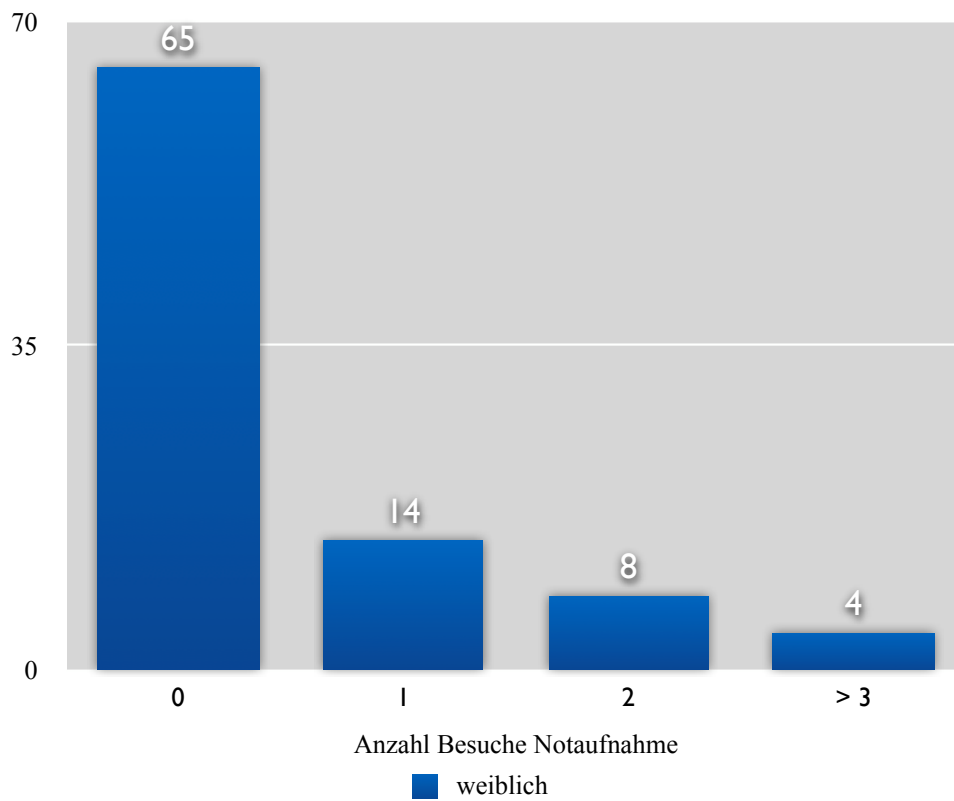


Abbildung 3.37: EBA-Besuche Frauen in den zwölf Monaten vor der Studie

Somit waren 71% Prozent der behandelten Damen das erste Mal in 12 Monaten in der Notaufnahme, 15% bereits zum zweiten Mal und weitere 9% schon drei Mal in der Notaufnahme gewesen.

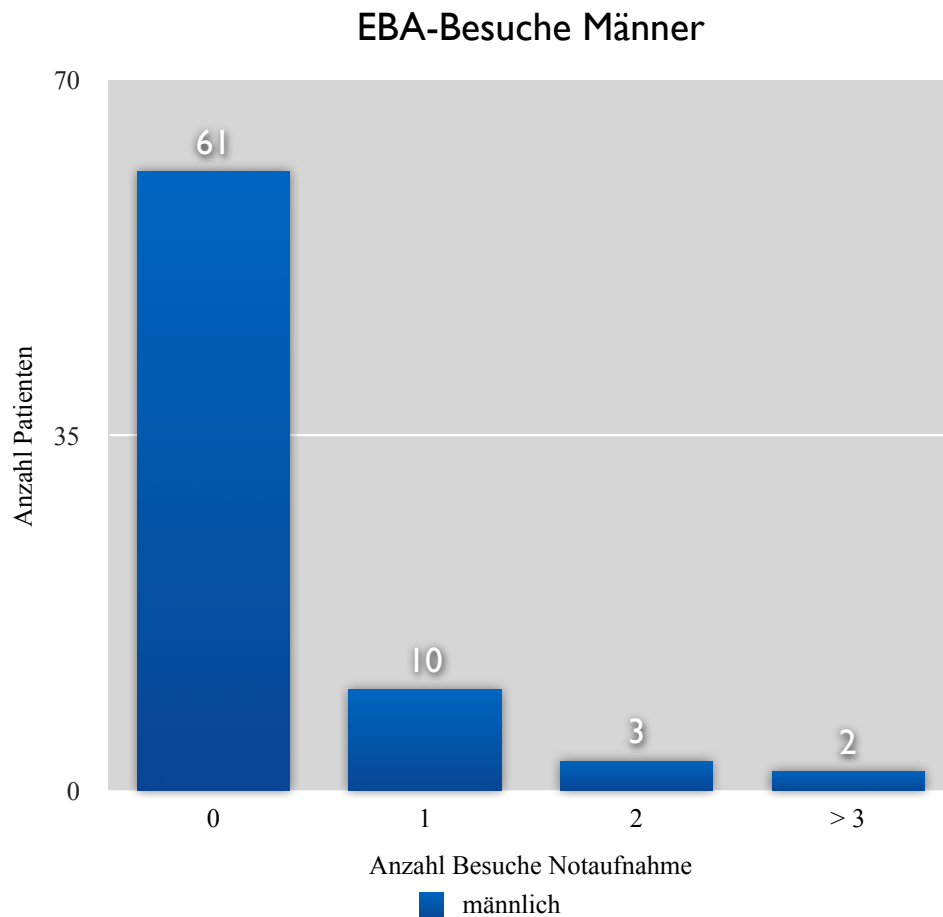


Abbildung 3.38: EBA-Besuche Männer in den zwölf Monaten vor der Studie

80% der Männer waren in dem Jahr vor der Studie kein Mal in der Notaufnahme der Klinik für Innere Medizin, 13% waren ein einziges Mal bereits Patient, vier Prozent zwei Mal und drei Prozent öfters. Einer der Männer war in den zwölf Monaten vor der Studie insgesamt 34 Mal Patient der Notaufnahme. Daneben zeigt Grafik 3.39, dass mit zunehmenden Durchschnittsalter der PatientInnen auch die Anzahl der Inanspruchnahmen der Notaufnahme des LKH anstieg.

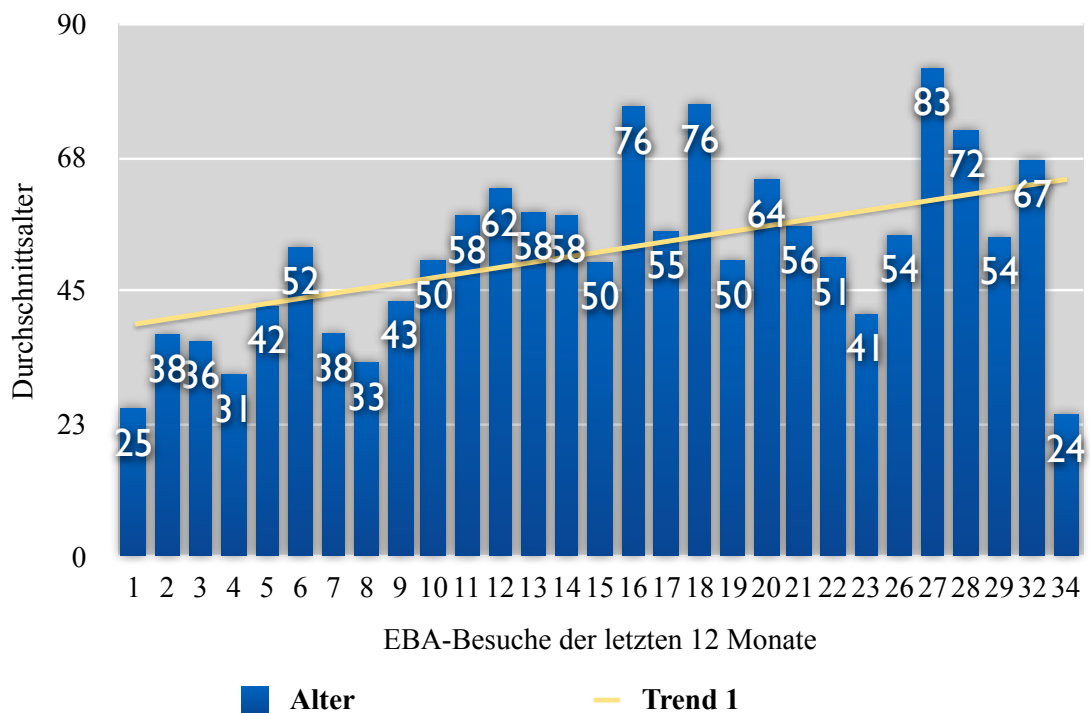


Abbildung 3.39: Durchschnittsalter der PatientInnen in Relation zu der Anzahl der Besuche

### ***Zusammenfassung***

- Frauen waren häufiger Patientinnen der Notaufnahme in den zwölf Monaten vor der Studie als Männer
- Ein Patient war insgesamt 34 Mal in einem Jahr in der Notaufnahme zur Behandlung
- Je älter die PatientInnen, desto öfters nahmen sie die Notaufnahme in Anspruch

## KAPITEL 4

### DISKUSSION

#### 4.1 ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Analyse der soziodemographischen Daten dieser Studie stellte sich schnell heraus, dass das Geschlecht in Zusammenhang mit den diagnostizierten Erkrankungen sowie der weiteren Behandlung steht. Neben dem Ergebnis, dass die Personen des Untersuchungszeitraumes an unterschiedlichen Symptomen gelitten haben – Frauen hauptsächlich an Beschwerden des Oberkörpers, Männer an Symptomen des Bauchraumes – konnte festgestellt werden, dass die Notaufnahme des LKH Graz neben der Akutversorgung auch primäre Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen war, eine Aufgabe die in der Regel niedergelassene HausärztInnen oder FrauenärztInnen übernehmen. Ein Vergleich der ermittelten Ergebnisse mit Studien aus dem deutschsprachigen Raum war mangels Publikationen über soziodemographische Daten von PatientInnen in Notaufnahmen nicht möglich. In den letzten Jahren gibt es jedoch verstärkt Untersuchungen mit Gender-Bezug, deren Ergebnisse zu denen dieser Arbeit in Bezug gebracht werden sollen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse nochmals detailliert beschrieben:

##### 4.1.1 GESCHLECHT, ALTER UND NATIONALITÄT

Der Frauenanteil dieser Studie betrug 54,5%<sup>47</sup>, wobei das Verhältnis Frauen zu Männern über 75 Jahren 2:1 beträgt. Erklärt wird dies von Demographen durch die höhere Lebenserwartung von Frauen und dass immer noch der Verlust in der männlichen Population durch den Zweiten Weltkrieg statistisch zu spüren ist. Nur knapp über 3 Prozent der Besucher waren unter 19 Jahre alt. Zwölf Prozent der Behandelten dieser Studie hatten einen Migrationshintergrund, wovon die Hälfte aus nicht deutschsprachigen Ländern kam. Mit Sicherheit kann man für diese Personengruppe kombiniert mit höheren Behandlungsdringlichkeiten auch auf Sprach- und Verständigungsbarrieren während der kurzen Zeit der Triagierung schließen. Dies erschwert nicht nur den Umgang des Pflegepersonals mit den MigrantInnen, was zusätzliche Belastungen und Überforderungen (Zeitdruck, Dolmetschen etc.) produziert, sondern auch den Zugang

---

<sup>47</sup>in der Gesamtbevölkerung beträgt dieser 51%

von ÄusländerInnen zu Gesundheitsleistungen. Da die Emigration aus der Heimat unter oft schwierigen Bedingungen sowohl körperlich als auch seelisch eine Belastung darstellt, kann es durch den Belastungsdruck an die neue/fremde Umgebung zu gesundheitlichen Problemen führen. Migration und mangelnde Sprachkenntnisse können die psychosoziale Komplexität in einer Notaufnahme, die mit einer Triagierung arbeitet, sicherlich erhöhen.

#### 4.1.2 FAMILIENSTAND

Es ist mittlerweile bekannt, dass Männer, die sich in Beziehungen befinden, gesundheitlich davon profitieren (z.B. Atzema et al. 2011). Da Männer nachlässiger mit Ihrer Gesundheit umgehen <sup>48</sup>, ist es ein Vorteil für sie, weil Frauen oft in Familien den Part des „Gesundheitsmanagers“ übernehmen und sich um sie kümmern. Nicht nur deswegen gehen viele Männer nach Scheidung oder dem Tod der Partnerin wieder Beziehungen/Ehen ein. Frauen hingegen bleiben oft dann lieber allein, weil sie sich „das nicht mehr antun“ wollen. In dieser Studie waren mehr Frauen als Männer geschieden und auch der vergleichsweise hohe Anteil der verwitweten Frauen hängt sicherlich nicht nur mit der Altersverteilung zusammen. Beziehungen sind für Frauen also eher ein Nachteil, da dadurch für sie eine Mehrfachbelastung zu Lasten der eigenen Zeit entsteht. Dies führt zu Überforderung und Stress und in Folge zu einer höheren Anfälligkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypercholesterinämie, Haltungsschäden, Magen-Darm-Erkrankungen oder Kopfschmerzen (vgl. Kautzky-Willer & Tschachler 2012).

#### 4.1.3 SCHULBILDUNG

Während sich der Anteil der Frauen mit einem Universitätsabschluss in den letzten Jahrzehnten dahingehend verändert hat, dass im Studienjahr 2005/2006 in Österreich bereits über 50% der Studierenden und Absolventen Frauen gewesen sind (Austria 2007, Seite 15), so spiegelt in dieser Studie der im Vergleich zu den Männern geringere Anteil an Frauen mit einem Hochschulabschluss die Geschlechter- und Rollenverteilungen früherer Jahrzehnte wider. Der Bildungsgrad ist aber ein wichtiger Teil der biopsychosozialen Komplexität – in der Schweiz haben Universitätsabsolventinnen eine im Schnitt 3,6 Jahre höhere Lebenserwartung als Frauen mit Pflichtschulabschluss<sup>49</sup> –, da er im grossen Umfang das Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge, Handlungsweisen, den Lebensstil, den Zugang zu und die Nutzung von medizinischen Einrichtungen und auch den sozioökonomischen Status beeinflusst.

---

<sup>48</sup>warum dies so ist und wie man das ändern könnte, ist momentan Gegenstand zahlreicher Forschungen im Public-Health-Sektor

<sup>49</sup>Quelle: web.caritas.ch

#### 4.1.4 SOZIOÖKONOMISCHER STATUS

Armut, ein niedrigeres Bildungsniveau und niedriger sozialer Status haben zur Folge, dass Betroffene kränker sind. In allen europäischen Ländern weisen Bevölkerungsgruppen mit geringem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Gruppen mit hohem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Niveau einen schlechteren Gesundheitszustand sowie eine höhere Mortalität auf (vgl. Directorate-General for Health and Consumers 2011). Dadurch wird aus sozialer Ungleichheit auch eine gesundheitliche. Arbeitslosigkeit<sup>50</sup> als Indikator für soziales Gefälle und damit für biopsychosoziale Komplexität war in dieser Studie nicht aussagekräftig, da nur sehr wenige Arbeitslose in die Studie aufgenommen wurden.

#### 4.1.5 ZUWEISUNGSKONTEXT

Die Notaufnahme der Klinik für Innere Medizin war für viele PatientInnen in dieser Woche erste Anlaufstelle für eine medizinische Behandlung. Wie Tabelle 3.8 unterstreicht, spielt die hausarztzentrierte Versorgung nur eine sehr geringe Rolle, für Frauen offensichtlich noch weniger als für Männer. Dies bedeutet, dass die MitarbeiterInnen der Notaufnahme als „HausärztInnen-Ersatz“ fungierten. HausärztInnen betreuen in einem personenbezogenen Ansatz Menschen in ihrem familiären Umfeld, ihrer Gemeinschaft und ihrer Kultur und sind praktisch umfangreiche Koordinatoren in der von ihnen versorgten Gemeinschaft. Der symptomorientierte Behandlungszugang einer Notaufnahme kann dem nicht gerecht werden. Ein Hausarzt wird eher „konsultiert“, hat also auch eine beratende Funktion, während der Interviewcharakter einer Triage zwar auf Effektivität und bestmögliche Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen eines Krankenhauses getrimmt ist, jedoch der biopsychosozialen Wirklichkeit der PatientInnen nur im begrenzten Umfang Rechnung tragen kann. Im Grunde genommen ist diese Tatsache aber einer „integrativen Medizin“ im Sinne dieser Studie absolut konträr. Die besondere Arzt-Patienten-Bindung zwischen HausärztInnen und ihren PatientInnen generiert durch den kontinuierlichen Kontakt ein Wissen, das den Behandelnden in einer Notaufnahme fehlt. Das fehlende Vorwissen im Umgang mit z.B. chronischen kranken PatientInnen lässt biopsychosoziale Komplexität im Umfeld einer Notaufnahme stark zunehmen. Um den PatientInnen besser zu dienen, macht ein biopsychosoziales Screening alleine deswegen Sinn, um dieses fehlende Wissen aufzuholen. Im Sinne einer umfassenden medizinischen Grundversorgung, die von der Prävention über die Heilung bis zur Nachsorge geht, kann man die Rolle des „Wegweisers“ in der medizinischen Landschaft, die ein Hausarzt/eine Hausärztin besetzt, nicht hoch genug einschätzen. Es wäre sicherlich sinnvoll darüber nachzudenken, bereits HausärztInnen ein adäquates Screening-Werkzeug für biopsychosozial komplexe PatientInnen an die Hand zu geben. HausärztInnen können dezidierter auf chronische Erkrankungen eingehen, während eine Notaufnahme eher auf akute Erkrankungen spezialisiert ist, weil in der Kürze des Triagierung und des anamnestischen Gespräches nur ein Bruchteil erforderlicher Informationen zur Sprache kommt. Obwohl

---

<sup>50</sup>es wurde in dieser Studie auch zwischen Kurzzeit- und Langzeitarbeitslosigkeit differenziert



eine genaue tageszeitliche Bestimmung der PatientInnenströme durch das Studiendesign nicht durchgeführt werden kann, liegt es dennoch nahe, dass viele PatientInnen die Notaufnahme deswegen anstatt ihres Hausarztes/ihrer Hausärztin aufsuchen, weil deren Öffnungszeit wahrscheinlich besser in die Tagesplanung passt und sich die Ordinationszeiten oft mit den Arbeitszeiten der PatientInnen überschneiden<sup>51</sup>.

#### 4.1.6 SYMPTOME UND DIAGNOSTIK

##### *Symptome*

Bei der Triagierung der PatientInnen fiel vor allen Dingen auf, dass Frauen und Männer die Notaufnahme mit unterschiedlichen Beschwerden aufgesucht hatten. Fast die Hälfte aller Frauen (46,2%) klagten über Beeinträchtigungen im Oberkörper (Herz-Kreislauf-Beschwerden, Dyspnoe oder Thoraxschmerzen) während Männer überwiegend mit Beschwerden des Bauchraumes (Durchfall bzw. allgemeine Bauchschmerzen: 41%) zu kämpfen hatten.

Dass Männer mehr an Infektionen – wie in dieser Studie an den Symptomen ‘Fieber’ und ‘Durchfall’ sichtbar – als Frauen leiden, wurde bereits in anderen Studien festgestellt. Als Gründe dafür werden ein schlechteres Immunsystem und der grössere Körper mit einer grösseren „Angriffsfläche“ vermutet (Bonifer 2012).

Daneben stellte sich heraus, dass keine der Frauen mit kardiologischen Problemen trotz bei der Triagierung festgestellter hoher somatischer Behandlungsdringlichkeit so schwer erkrankt war, dass eine stationäre Aufnahme gerechtfertigt gewesen wäre. Dies bedeutet unter Umständen, dass zum Aufnahmezeitpunkt eine psychosoziale Belastung zur dringlicheren Einschätzung der Symptome geführt haben könnte.

Obwohl soziodemographische Daten<sup>52</sup> eindeutig beweisen, dass Frauen öfters an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben, gilt z.B. der Herzinfarkt unter Medizinern immer noch als eine Männerdomäne. Dies hat zur Folge, dass kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen zu spät oder nicht richtig diagnostiziert werden, wodurch diese nicht oder zu spät einer adäquaten Therapie zugeführt werden. Der Vergleich der Ersteinschätzung der Leitsymptome und der abschliessenden Diagnosestellung der Daten dieser Studie zeigt jedoch, dass die Geschlechtsverhältnis kardiovaskulärer Diagnosen der Verteilung der Gesamtbevölkerung entspricht.

---

<sup>51</sup>dies ist an anderen Notaufnahmen auch sichtbar. Am Landeskrankenhaus Salzburg befindet sich im Wartebereich der internistischen Notaufnahme ein Schild mit folgendem Wortlaut: „Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Wir bitten um Ihr Verständnis. Der Besuch auf der internistischen Notaufnahme ersetzt nicht den Hausarztbesuch. Patienten, die nicht stationär aufgenommen werden, müssen sich nach unserer Notfallbehandlung und unserem Therapieversuch umgehend beim Hausarzt oder dessen Vertretung vorstellen. Eine Krankschreibung ist nicht möglich, dies kann nur der Hausarzt“

<sup>52</sup>lt. Statistischem Bundesamt Deutschland verstarben z.B. im Jahr 2001 240000 Frauen an kardiovaskulären Ursachen, dagegen nur 167000 Männer

## Diagnostik

Vorteil der Triagierung könnte sein, dass aufgrund der fehlenden Vorkenntnisse und der besonderen, auf vorgeschriebenen Interview-Algorithmien basierenden, Ersteinschätzung es nicht dazu kommt, dass Geschlechtsunterschiede in der Beurteilung von Symptomen entstehen. Obwohl in der somatischen Akutbehandlung von PatientInnen geschlechtsspezifische Unterschiede eher von geringer Bedeutung sind, könnten biopsychosoziale Faktoren aber sehr wohl auf den Interviewcharakter der Triagierung einen Einfluss haben, da z.B. depressive Verstimmungen oder geschlechtsspezifische oder kulturell unterschiedliche Wahrnehmung von Schmerzen (Männern wird nachgesagt, dass sie wehleidiger wären als Frauen) durchaus die Fremdwahrnehmung der Triagierenden dahingehend beeinflussen könnten, dass die bei der Triagierung ermittelten Dringlichkeiten verzerrt sind. Auch könnten in der kurzen Zeit des Gespräches<sup>53</sup> Symptome einerseits durch die PatientInnen dramatisiert werden, um früher behandelt zu werden, aber auch durch das einschätzende Personal subjektiv für dringlicher oder auch weniger akut als nötig eingeschätzt werden. Dafür könnte auch sprechen, dass prozentual weniger PatientInnen mit einer höheren Dringlichkeit stationär weiterbehandelt wurden. Im Zusammenhang mit der Koronaren Herzerkrankung wurde 1993 von Forschern um B. Birdwell gefunden, dass jedoch die Art und Weise der Symptombeschreibung Einfluss auf die diagnostische Herangehensweise des Arztes hat: Er liess in einer Studie über die ärztliche Diagnosefindung von typische Symptome einer KHK von einer Schauspielerin einmal übertrieben affektbetont und das andere Mal sehr sachlich vorspielen. Das Video darüber spielte er KardiologInnen vor, wobei die Hälfte von diesen bei der sachlichen Darstellung der Symptome meinte, dass die Frau herzkrank sei. Doch nur 13% der ÄrztInnen waren der Ansicht, dass bei der übertriebenen Beschreibung der Symptome ein Herzproblem vorliegen würde. Nach Durchsicht der Laborbefunde schätzten 50% der ÄrztInnen in beiden Fällen das Risiko für eine Herzerkrankung gleich hoch ein, jedoch wurde die übertriebene Darstellung von den Internistinnen und Internisten weniger häufig einer weiterführenden diagnostischen Abklärung zugeführt (53% vs. 93%) (Birdwell et al. 1993).

### 4.1.7 BEHANDLUNGSDRINGLICHKEIT UND INANSPRUCHNAHME DER NOTAUFNAHME ZU UNTERSCHIEDLICHEN TAGESZEITEN

Wie Abbildung 3.18 zeigt, beanspruchten vier von zehn Frauen die Notaufnahme in den Nachtstunden, während Männer nur zu 27% nachts in die Notaufnahme kamen. Gleich ist jedoch, dass die Verteilung der Dringlichkeitseinstufungen zwischen Frauen und Männern annähernd gleich ist. Daneben ist es auffallend, dass gleiche Leitsymptome tageszeitlich sehr unterschiedlich eingestuft wurden: Symptome wie 'Thoraxschmerz' oder 'Atembeschwerden' wurden nachts entweder vom Triage-Personal subjektiv dringlicher eingeschätzt oder sie präsentierten sich

---

<sup>53</sup>Zielgebung für die Ersteinschätzung der medizinischen Dringlichkeit ist eine Minute! siehe [www.ersteinschaetzung.de](http://www.ersteinschaetzung.de)

eindeutig schwerwiegender im Sinne einer tageszeitlichen Verschlechterung in den Nachtstunden.

#### 4.1.8 WEITERBEHANDLUNG

In Abschnitt 3.8 wird deutlich, dass es tageszeitliche Unterschiede in der Weiterbehandlung von Frauen und Männern gibt:

- Frauen wurden nachts wesentlich häufiger stationär aufgenommen (31% nachts vs. 14% tagsüber) als am Tag, während Männer häufiger tagsüber in eine Klinik aufgenommen wurden (36% tags vs. 30% nachts). Es fällt besonders der grosse Unterschied am Tag zwischen den Geschlechtern auf. Ein Grund dafür ist nicht ersichtlich.
- Es gibt eine Diskrepanz zwischen der Ersteinschätzung der medizinischen Behandlungsdringlichkeit durch die Triage-MitarbeiterInnen und der abschliessenden Diagnose der Ärzteschaft, die sich in der Weiterbehandlung der PatientInnen manifestiert. Während am Tag die Schwestern die Symptome so dringlich einstufen, dass der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten Stunde einen Arzt/eine Ärztin zu sehen hatte, wurden von diesen PatientInnen drei Viertel durch die ÄrztInnen wieder entlassen. Das gilt tagsüber auch für die Behandlungsdringlichkeit 'MTS 4'. Nachts jedoch wurden von den „dringlicheren“ PatientInnen mit 'MTS 3' im Untersuchungszeitraum dieser Studie 43% der PatientInnen einer stationären Behandlung zugeführt, dagegen tags nur 15%. Warum dieser Unterschied besteht ist nicht erkennbar.
- Bei Frauen wurde die Leitsymptomatik 'Kollaps/Kreislauf' (n=19) von den ÄrztInnen nie so dringlich eingestuft, dass es eine stationäre Aufnahme nach sich gezogen hätte.

Darüber hinaus zeigt die Auswertung, dass ca. zwei von drei Männern nach der Erstuntersuchung der Notaufnahme stationär aufgenommen wurden, sie also bereits in einem schlechteren körperlichen Zustand in das Krankenhaus gekommen sind als die untersuchten Frauen. Abbildung 4.1<sup>54</sup> zeigt, dass in Europa generell mehr Männer als Frauen stationär versorgt werden müssen. Ein Grund dafür ist wohl, dass Männer ihre Beschwerden oft bagatellisieren, meistens zu spät zum Arzt gehen und dann in einem bereits schlechteren Gesundheitszustand diagnostiziert werden (Galdas et al. 2005, White & Witty 2009).

---

<sup>54</sup>Quelle: Directorate-General for Health and Consumers 2011, Seite 31

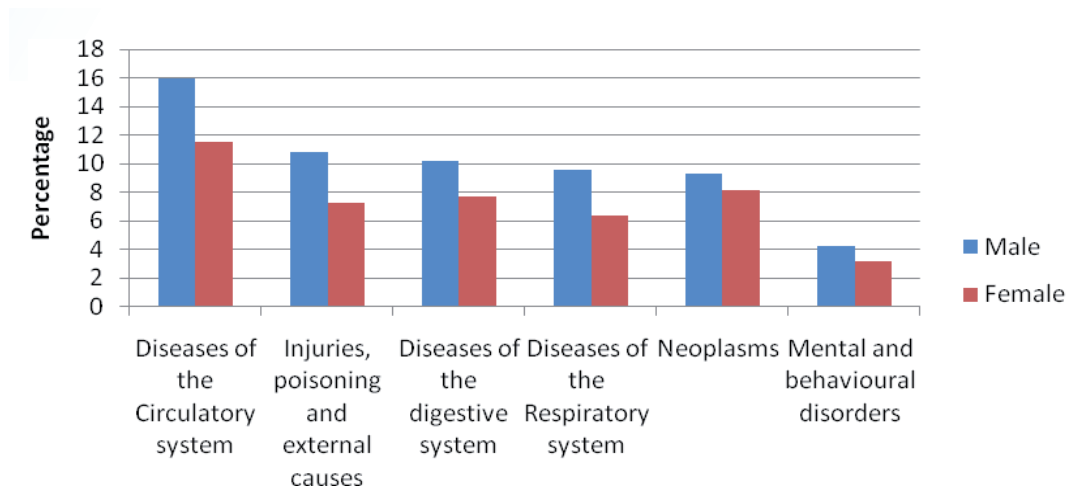


Abbildung 4.1: Krankenhauszuweisungen in der EU nach Geschlechtern getrennt und Krankheiten gruppiert

Auch wurde in einer kardiologischen Studie aus Tirol festgestellt, dass die Art der Klinik-einweisung über die Weiterbehandlung der KHK bestimmt: Männer mit kardialen Beschwerden wurden öfters mit dem Notarzt als mit dem Rettungswagen in Kliniken eingeliefert als Frauen. Der Zusweisungskontext 'Notarzt' bedeutete aber gleichzeitig, dass die PatientInnen danach öfters intensivmedizinisch betreut wurden (Hochleitner & Bader 2003). Ein derartiger Zusammenhang konnte für diese Arbeit nicht verifiziert werden.

#### 4.1.9 MEDIKAMENTE

Der Österreichische Frauengesundheitsbericht von 2011 beschreibt, dass Frauen oft Medikamente nehmen, „...um die Belastungen im Alltag, in der Familie, Partnerschaft und im Beruf bewältigen zu können“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011, Seite 382). Berichtet wird ferner, dass Frauen in allen Altersgruppen mehr Medikamente gegen Depressionen, Kopfschmerzen und Migräne, Angst und Anspannungen sowie Schlafmittel einnehmen als Männer.

##### *Allgemeinmedikamente*

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen dies nur zum Teil. Allgemein war die Zahl der Medikamentenverordnungen bis zu einer Anzahl von sechs Arzneien zwischen den Geschlechtern beinahe ausgeglichen. Nimmt man jedoch die Anzahl der verschriebenen Medikamente als einen Indikator für Multimorbidität und damit für gesteigerte biopsychosoziale Komplexität, so sind männlichen Patienten (17,8%), die mehr als sieben Medikamente einnehmen müssen, eindeutig kränker als Frauen (12,7%). Die höchste Zahl verschriebener allgemeiner Medikamente war sowohl bei Frauen als auch bei Männern 13. Dies unterstreicht auch die Tatsache, dass Männer oft in einem schlechteren körperlichen Zustand in die Notaufnahme (siehe Abschnitte 3.8 und 4.1.8) kommen.

### *Schmerzmedikamente und Psychopharmaka*

Sowohl Analgetika als auch Psychopharmaka wurden Frauen in geringem Maße mehr verschrieben als Männer. Dies könnte daran liegen, dass Frauen geringere Bedenken gegen diese Medikamentenklassen haben, weswegen ÄrztInnen diese leichter verschreiben.

#### 4.1.10 EBA-BESUCHE

Bei einer Literaturrecherche findet man, dass demographische Daten bzgl. Morbidität oder körperlicher Beeinträchtigungen im Alter für PatientInnen in Notaufnahmen so gut wie nicht verfügbar sind. Allgemein kann man finden, dass Männer im Alter körperlich aktiver sind. Frauen dagegen nutzen verstärkt präventive Angebote<sup>55</sup> und beanspruchen dadurch das Gesundheitssystem mehr als Männer. Auch durch eine höhere Lebenserwartung<sup>56</sup> und der deswegen auch im Alter benötigten größeren Unterstützung im Alltag<sup>57</sup>, nehmen Frauen das Gesundheitssystem vermehrt in Anspruch. Dies belegen auch die Daten dieser Studie anhand der Besuche der Notaufnahme. Zusätzlich zeigen die Zahlen, dass die Beanspruchung der Notaufnahme von Personen älter als 75 Jahre zwischen den Geschlechtern so stark differiert, dass dies nicht allein durch die Bevölkerungsstatistik erklärt werden kann. Der Prozentsatz dieser Personengruppe war z.B. in der 'Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007' beinahe ausgeglichen<sup>58</sup>. Auch in der Altersgruppe zwischen 19–35 Jahren ist der Anteil der erkrankten Frauen überdurchschnittlich hoch: von den 49 PatientInnen waren 61,3% Frauen. Anhand genderspezifischer Publikationen über die Erkrankungshäufigkeit dieser Altersgruppe hätte man erwarten können, dass der Männer- höher als der Frauen-Anteil ausfallen würde, da Männer durch einen „ungesünderen“ Lebenswandel in diesem Alter öfters verunfallen<sup>59</sup> oder erkranken. Da nur etwas mehr als ein Drittel der PatientInnen Männer waren, wird dies durch die Studie nicht unterstrichen. Wahrscheinlich dürfte man diese Patientengruppe eher in chirurgischen Notaufnahmen finden, dann wahrscheinlich aber mit höheren Behandlungsdringlichkeiten. Auch wird in dieser Arbeit deutlich, dass die Frequenz der Besuche in der Notaufnahme im letzten Jahr vor dieser Studie bei den Frauen höher war als bei den Männern. Im Bereich der Koronaren Herzerkrankung haben Studien gezeigt, dass Frauen oft doppelt so häufig mit ihren Beschwerden zum Arzt gehen müssen, um ernst genommen zu werden (Schannwell et al. 2000).

---

<sup>55</sup>in Deutschland gehen knapp 16 Millionen versicherte Frauen zu Krebsfrüherkennungsmaßnahmen, dagegen nur 3,5 Millionen Männer

<sup>56</sup>momentan hat jedes Mädchen, das z.B. in Deutschland geboren wird eine Lebenserwartung von 83 Jahren, jeder Junge von 77 Jahren

<sup>57</sup>z.B. durch fehlende Partner

<sup>58</sup>Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, S. 210ff

<sup>59</sup>Stichwort: risk seeking behaviour

## 4.2 ABSCHLIESSENDES

In der vorliegenden Arbeit konnten mehrere Faktoren, die die biopsychosoziale Komplexität unter den Gegebenheiten einer internistischen Notaufnahme beeinflussen, beobachtet werden. Besonders kritisch zu betrachten ist, dass viele PatientInnen die Notaufnahme als „Hausarzt-Ersatz“ benutzen. Da das besondere Setting der internistischen Notaufnahme des LKH Graz mit dem Manchester-Triage-System für die medizinische Grundversorgung nur wenig geeignet ist, würden PatientInnen, ÄrztInnen und das Gesundheitssystem von der Erhebung der biopsychosozialen Komplexität profitieren.

Das MTS mit seiner auf einem Interview basierenden Dringlichkeitserhebung macht es zusätzlich durch sprachliche und kulturelle Barrieren für das medizinische Personal schwierig, MigrantInnen mit unzureichenden Deutschkenntnissen angemessen zu betreuen. Da jede(r) Achte dieser Studie einen Migrationshintergrund hat, ist der Effekt dieser Patientengruppe auf den „Routinebetrieb“ – besonders bei mangelnden Sprachkenntnissen oder höherer somatischer Behandlungsdringlichkeit – sicherlich vielfältig und herausfordernd und dass PatientInnen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen ebenso wie PatientInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen bereits im Vorfeld aus dieser Studie ausgeschlossen wurden, belegt die Komplexität dieser Patientengruppe eindrücklich.

So effizient, erfolgreich und sinnvoll eine Triagierung für die Ersteinschätzung in einer Notaufnahme ist, so wurde im Laufe dieser Arbeit auch klar, dass Behandlungsdringlichkeiten Komplexität in der Diagnostik somatischer und psychischer Erkrankungen nur schwer abbilden können. Den Triagierenden ist dies auch durchaus bewusst: dies zeigt das Beispiel eines Patienten der innerhalb eines Jahres 34 Mal die Notaufnahme konsultierte und von der Triage-Schwester mit der Aussage, dass dies „einer für die Studie wäre“ angekündigt wurde.

Mit dem Wissen, dass zwischen 20% und 40% aller PatientInnen eines Allgemeinkrankenhauses eine psychiatrisch behandlungswürdige Erkrankung aufweisen, manche Symptome in dieser Studie (z.B. ‘Bauchschmerzen’ oder ‘Bluthochdruck’) mit bis zu 16% psychiatrisch/psychosomatisch diagnostiziert wurden und dass die Tatsache einer psychiatrischen Komorbidität Schweregrad und Inzidenz von Krankheiten wie der Koronaren Herzkrankheit oder Tumorerkrankungen erheblich beeinflusst (siehe Kapitel 1.2), ist es erstaunlich, dass kein/e Patient/in in ein psychiatrisches Krankenhaus überwiesen wurde. Es besteht sicherlich die Gefahr, dass psychosomatische und psychiatrische Diagnosen nicht erkannt werden und durch die dadurch steigende Komplexität der Gesamtbehandlung dies zum Nachteil der PatientInnen ist und zu Lasten des Gesundheitssystems geht. Psychosomatisch geschultes Personal, ÄrztInnen mit psychosomatischen Zusatzqualifikationen oder auch nur ein Screening während der Triagierung würden hier mit Sicherheit von großem Nutzen sein.

Durch den demographischen Wandel der Gesellschaft werden Multimorbidität und Chronizität zunehmende gesundheitsökonomische Herausforderungen in der Primärversorgung sein. In der Allgemeinmedizin stellt man sich seit einiger Zeit diesen Aufgaben dadurch, indem man

sich weg von der „Dominanz des Dringlichen“ (Gensichen et al. 2006) hin zu mehr proaktiven Behandlungssystemen, die auf Säulen wie Selbstmanagement, Patienten-Empowerment oder Patienten-Management-Systemen basieren, orientiert. Hier gilt es, in der ressourcenintensiven Versorgung chronisch Kranker die richtigen Antworten für eine Notaufnahme, die sich an Behandlungsdringlichkeiten orientiert, zu finden.

Der Österreichische Frauengesundheitsbericht von 2011 beschreibt, dass das „biologische Geschlecht und Gender als soziale Geschlechterrolle [...] neben anderen Faktoren wie Bildungs- und Einkommensschicht sowie Zugehörigkeit zu einer ethnischen Bevölkerungsgruppe sowohl den Gesundheitszustand, das Risikoverhalten, die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit als auch den Zugang von Männern und Frauen zu medizinischen und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in erheblichem Maße“ beeinflusst (Bundesministerium für Gesundheit 2011, Seite 17).

Deswegen sollte es vorrangige Aufgabe sein, dass ein größeres Bewusstsein für einen geschlechter- und gendersensiblen Ansatz in Forschung, Lehre und Praxis als Garant für bedarfsgerechte Diagnosen und Behandlungen von Frauen und Männern geschaffen wird.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Aragona, M., Muscatello, M. R. & Mesiti, M. (1997), 'Depressive mood disorders in patients with operable breast cancer', *J Exp Clin Cancer Res* **16**(1), 111–8.
- Atzema, C. L., Austin, P. C., Huynh, T., Hassan, A., Chiu, M., Wang, J. T. & Tu, J. V. (2011), 'Effect of marriage on duration of chest pain associated with acute myocardial infarction before seeking care', *CMAJ* **183**(13), 1482–91.
- Austria, S. (2007), *Frauen und Männer in Österreich - Statistische Analysen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden*, Wien.  
**URL:** <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=26402>
- Bauer, J. (2009), in U. Herrmann, ed., 'Neurodidaktik - Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen', Julius Beltz, Weinheim und Basel.
- Benjamin, P. J., Phillips, R., Warren, D., Salveson, C., Hammerschlag, R., Snider, P., Haas, M., Barrett, R., Chapman, T., Kaneko, R., Martin, M., Myer, S. N., Nedrow, A., Niemiec, C., O'Bryon, D., Ochoa, S., Peterson, D., Weeks, J. & Force, A. T. (2007), 'Response to a proposal for an integrative medicine curriculum', *J Altern Complement Med* **13**(9), 1021–33.
- Birdwell, B. G., Herbers, J. E. & Kroenke, K. (1993), 'Evaluating chest pain. the patient's presentation style alters the physician's diagnostic approach', *Arch Intern Med* **153**(17), 1991–5.
- Bonifer, R. (2012), Infektionen bei Frauen und Männern, Sonderreport Infektiologie vom European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID) 2011 - Beilage zu *Ars Medici*, Rosenfluh Publikationen AG.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011), *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011*.
- Caeiro, L., Ferro, J. M., Santos, C. O. & Figueira, M. L. (2006), 'Depression in acute stroke', *J Psychiatry Neurosci* **31**(6), 377–83.
- de Jonge, P., Ruinemans, G. M.-F., Huyse, F. J. & ter Wee, P. M. (2003), 'A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients', *Nephrol Dial Transplant* **18**(12), 2622–8.



Directorate-General for Health and Consumers (2011), The state of men's health in Europe, Report, European Commission.

**URL:** [http://ec.europa.eu/health/population\\_groups/docs/men\\_health\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_report_en.pdf)

Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. & Kessler, R. C. (1998), 'Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey', *JAMA* **280**, 1569–1575. [PubMed:9820257].

Fazekas, C. (2006), *Psychosomatische Intelligenz*, Springer-Verlag/Wien, [New York].

Ferketich, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J. & Moeschberger, M. L. (2000), 'Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey', *Arch Intern Med* **160**(9), 1261–8.

Friederich, H.-C. C., Hartmann, M., Bergmann, G. & Herzog, W. (2002), 'Psychiatric comorbidity in medical inpatients - prevalence and effect on the length of stays', *Psychother Psychosom Med Psychol* **52**(7), 323–8.

Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005), 'Men and health help-seeking behaviour: literature review', *J Adv Nurs* **49**(6), 616–23.

Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., de Cornejo, G. M., Beyer, M., Harter, M., Muller, U. A., Angermann, C. E., Gerlach, F. M. & Wagner, E. (2006), 'The future is chronic: German primary care and the Chronic Care Model—The comprehensive principles in the proactive treatment of the chronically ill', *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* **100**(5), 365–374.

Hochlehnert, A., Niehoff, D., Wild, B., Jünger, J., Herzog, W. & Löwe, B. (2010), 'Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: Costs, net gain, and length of hospitalization', *Journal of Psychosomatic Research* **In Press, Corrected Proof**.

Hochleitner, M. & Bader, A. (2003), 'Gender differences in cardiology', *Acta Med Austriaca* **30**(3), 69–71.

Hüther, G. (2006), Die Bedeutung sozialer Erfahrungen für die Strukturentwicklung des menschlichen Gehirns, in U. Herrmann, ed., 'Neurodidaktik - Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen', Julius Beltz, Weinheim und Basel.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004), 'Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)', *Psychological Medicine* **34**(04), 597–611.

**URL:** <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703001399>

- Kaptchuk, T. J., Friedlander, E., Kelley, J. M., Sanchez, M. N., Kokkotou, E., Singer, J. P., Kowalczykowski, M., Miller, F. G., Kirsch, I. & Lembo, A. J. (2010), 'Placebos without deception: a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome', *PLoS ONE* **5**, e15591. [PubMed Central:PMC3008733] [DOI:10.1371/journal.pone.0015591] [PubMed:21203519].
- Kautzky-Willer, A. & Tschachler, E. (2012), *Gesundheit: eine Frage des Geschlechts: die weibliche und die männliche Seite der Medizin*, ORAC, Wien.
- Kitzman, J. O., Snyder, M. W., Ventura, M., Lewis, A. P., Qiu, R., Simmons, L. E., Gammill, H. S., Rubens, C. E., Santillan, D. A., Murray, J. C., Tabor, H. K., Bamshad, M. J., Eichler, E. E. & Shendure, J. (2012), 'Noninvasive Whole-Genome Sequencing of a Human Fetus', *Science Translational Medicine* **4**(137), 137ra76.  
**URL:** <http://stm.sciencemag.org/content/4/137/137ra76.abstract>
- Lobo, E., De Jonge, P., Huyse, F. J., Slaets, J. P. J., Rabanaque, M.-J. J. & Lobo, A. (2007), 'Early detection of pneumology inpatients at risk of extended hospital stay and need for psychosocial treatment', *Psychosom Med* **69**(1), 99–105.
- Matzer, F., Wisiak, U., Graninger, M., Söllner, W., Stilling, H., Glawischnig-Goschnik, M., Lueger, A. & Fazekas, C. (2012), 'Biopsychosocial health care needs at the emergency room: challenge of complexity', *PLoS One* .
- Mayou, R. & Hawton, K. (1986), 'Psychiatric disorder in the general hospital', *Br J Psychiatry* **149**, 172–90.
- Peek, C. J., Baird, M. A. & Coleman, E. (2009), 'Primary care for patient complexity, not only disease', *Fam Syst Health* **27**(4), 287–302.
- Rasmussen, N. H., Furst, J. W., Swenson-Dravis, D. M., Agerter, D. C., Smith, A. J., Baird, M. A. & Cha, S. S. (2006), 'Innovative reflecting interview: effect on high-utilizing patients with medically unexplained symptoms', *Dis Manag* **9**(6), 349–59.
- Roose, S. P. & Seidman, S. N. (2000), 'Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor?', *Am J Cardiol* **86**(2A), 38F–40F.
- Schannwell, C. M., Schoebel, F. C., Lazica, D., Marx, R., Plehn, G., Leschke, M. & Strauer, B. E. (2000), 'Differences in the clinical performance and initial diagnosis in women with suspected coronary artery disease', *Dtsch Med Wochenschr* **125**(47), 1417–23.
- Schindler, J. (2010), 'Statmagazin'.  
**URL:** [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- Stuhr, U. & Haag, A. (1989), 'A prevalence study of the need for psychosomatic services at the general hospitals in Hamburg', *Psychother Psychosom Med Psychol* **39**(8), 273–81.

Wancata, J., Benda, N. & Hajji, M. (1998), 'Prevalence and follow-up of psychiatric diseases in internal medicine departments', *Wien Klin Wochenschr* **110**(17), 597–603.

Wetzel, M. S., Eisenberg, D. M. & Kaptchuk, T. J. (1998), 'Courses involving complementary and alternative medicine at us medical schools', *JAMA* **280**(9), 784–7.

White, A. & Witty, K. (2009), 'Men's under use of health services - finding alternative approaches', *Journal of Men's Health* **6**(2), 95–97.

**URL:** <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1875686709000359?showall=true>