

# Geschlechts- oder symptomspezifisches Verhalten männlicher Assistenzärzte?

Eine Analyse von Diagnostik und Therapie bei ambulanten Patientinnen und Patienten mit Bauchschmerzen

Dieter Conen, Markus Kuster

Medizinische Universitäts-Poliklinik, Kantonsspital Basel

## Einleitung

Werden alle Patienten gleich behandelt?

Wenig ist bisher bekannt über die Beeinflussung von Ärzten bei ihren diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen durch das Geschlecht und den Charakter der Patienten. Dieser Datenmangel mag begründet sein durch das medizinische Ideal, alle Patienten gleich zu behandeln, «denn die Ärzte sollten darauf achten, dass die Gefühle der Patienten die ihren nicht beeinflussen und dadurch das ärztliche Verhalten beeinflussen könnten...» [1]. Obschon heute bekannt ist, dass sich in der Arzt-Patienten-Interaktion dasselbe Verhaltensmuster zeigt wie in anderen sozialen Bezugssystemen, bleibt die Idealvorstellung bestehen. Als 1968 132 amerikanische Ärzte über ihr Verhalten gegenüber Patienten befragt wurden, gaben 80% an, allen Patienten die gleiche Aufmerksamkeit zu widmen [2].

In den letzten Jahren wurde vornehmlich im angelsächsischen Sprachraum der Beeinflussung ärztlicher Handlungen durch Patienteneigenschaften vermehrt Beachtung geschenkt. Ärztliches Verhalten wurde indirekt an der Zahl von Verordnungen, von Zuweisungen zu Spezialisten und an der Zahl der durchgeführten Operationen gemessen. Egbert [3] konstatierte, dass schwarze Patienten 2- bis 4mal häufiger als weisse von Assistenten und nicht von ausgebildeten Chirurgen operiert wurden. Aber nicht nur die Rasse und sozialer Status eines Patienten beeinflussen das Verhalten des Arztes, sondern auch das Geschlecht des Patienten. Lennane [4] und Howell [5] fanden, dass Männer und Frauen unterschiedlich behandelt wurden. Das differente Verhalten war nicht durch die Krankheit, sondern allein durch das Geschlecht präjudiziert. Von Hooper [6] wurde bei Ärzten eine grössere Informationsbereitschaft gegenüber Frauen und eine grössere Zahl von weiblichen Zuweisungen an einen Psychiater beobachtet.

Da über die Beobachtungen von geschlechtsspezifischem Verhalten – im folgendem kurz Sexismus genannt – im deutschen Sprachraum bisher keine Untersuchungen existieren, war es unser Ziel, an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik (MUP) mit einer zum damaligen Zeitpunkt rein männlichen Ärztepopulation ein eventuell geschlechtsspezifisches diagnostisches und therapeutisches Verhalten zu finden.

Dazu wurde das ärztliche Verhalten bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Bauchschmerzen als einzigem Symptom nach geschlechtsspezifischen Verhaltensmerkmalen im diagnostischen und therapeutischen Prozess sowie im medizinischen Resultat analysiert.

## Patienten und Methode

Von Januar bis März 1982 wurden fortlaufend alle Patienten registriert, die zum ersten Mal die MUP mit dem Symptom Bauchschmerzen aufsuchten. Die Untersucher, 13 männliche Assistenzärzte im 2.-5. Jahr ihrer Ausbildung, waren über diese Untersuchung nicht orientiert.

Als Parameter für die Verhaltensbeurteilung der Ärzte gegenüber Patientinnen bzw. Patienten diente der Zeitaufwand für die Erstkonsultation mit gründlicher Anamneseerhebung und physikalischer Untersuchung, die Zahl der Nachkontrollen, der betriebene diagnostische Aufwand, die Art und Weise der Therapie und, soweit beurteilbar, das Ergebnis.

Eine neutrale Person (Krankenschwester) stoppte die Zeitdauer, die der entsprechende Assistent für Anamnese und physikalische Untersuchung des jeweiligen Patienten von der Begrüssung bis zu dessen Verabschiedung aufwendete.

Nach 4 Monaten wurde anhand der Krankengeschichten die Zahl der Konsultationen für das gleiche Symptom ohne Einbezug der Erstkonsultation registriert.

Der diagnostische Aufwand wurde retrospektiv anhand der Krankengeschichten untersucht und berücksichtigte die Anamnese, die physikalische Untersuchung, die Fundoskopie, die Labor-, Röntgen-, Ultraschall- und endoskopischen Untersuchungen, sowie die Zahl der veranlassten Konsilien.

Bei der Beurteilung des therapeutischen Prozesses wurde die Therapiewahl gegliedert in eine Gesprächstherapie, eine spezifische Therapie mit Antacida und/oder H<sub>2</sub>-Antagonisten, eine unspezifische Therapie bestehend aus Quellmitteln, Spasmolytika, Analgetika, Salben und anderen Medikamenten und eine Psychopharmakotherapie. Enthielt ein verordnetes Medikament mehrere Komponenten, z. B. ein Spasmolytikum und ein Analgetikum, so ordneten wir jede dieser Komponenten der entsprechenden Wirkgruppe zu.

Die statistische Auswertung erfolgte nach dem 4-Felder-Test, für alle  $X^2 \geq 4$  besteht eine Signifikanz. Die Mittelwerte werden mit der einfachen Standardabweichung angegeben, und bei der Zeitmessung der ersten Konsultation wurde der Z-Wert errechnet, und bei einer Differenz  $> 2$  besteht eine Signifikanz.

**Resultate**

*Die Analyse des ärztlichen Verhaltens.*

Die Studienpopulation bestand aus 25 Männern, zwischen 16–81 Jahren mit einem mittleren Alter von  $38 \pm 3$  Jahren und aus 25 Frauen zwischen 18–56 Jahren mit einem mittleren Alter von  $35 \pm 2$  Jahren. Das mittlere Alter aller Patienten lag bei 37 Jahre. Die Altersverteilung, aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht, war in beiden Gruppen gleich, auch die Nationalitätsunterschiede waren statistisch nicht signifikant. Auch bezüglich der sozialen Stellung waren beide Gruppen homogen: 15 Patienten und 14 Patientinnen übten einen Beruf mit einem Lehrabschluss aus, 5 Männer bzw. 4 Frauen waren ungelernete Arbeiter, 5 Frauen Hausfrauen, 2 Akademikerinnen bzw. noch Studentinnen. 2 Männer waren Rentner, 3 Akademiker bzw. Studenten. 13 Frauen und 11 Männer waren verheiratet (Tab. 1).

Der überblickte mittlere Beobachtungszeitraum für den individuellen Patienten betrug  $75 \pm 3$  Tage. Der Zeitaufwand bei der Erstkonsultation betrug für die Frauen im Mittel  $59 \pm 5$  Minuten (25–110 Minuten), für die Männer  $45 \pm 3,5$  Minuten (15–95 Minuten). Die im Mittel 14minütige Differenz im Zeitaufwand war signifikant ( $p < 0,01$ ). Die Patientinnen wurden zu durchschnittlich  $3,7 \pm 1$ , die Männer dagegen nur zu  $2,6 \pm 0,6$  Nachkontrollen bestellt.

Der diagnostische Prozess zeigte folgende Unterschiede: Die Anamnese war bei 8 Frauen und 9 Männern vollständig gemäss den Richtlinien erhoben. Die präzise Charakterisierung der Schmerzen, ihre Ausstrahlungen und die Nahrungsabhängigkeit waren bei Frauen siebenmal und bei Männer neunmal bzw. elf- und fünfmal nicht erhoben. Es fehlte die Lokalisation der Schmerzen bei beiden Gruppen je zweimal, die genaue Stuhlbeschreibung bei den Männern einmal.

Bei der klinischen Untersuchung konnte ein Score von 10 Punkten bei den Männern und 8 Punkten bei den Frauen erreicht werden. Bei der Untersuchung der Patienten erlangten die Ärzte 8,7 Punkte bei den Männern, bei den Patientinnen 7 Punkte. Da bei den Män-

Tab. 1. Die Berufe der Männer und der Frauen.

	Männer N	Frauen N	p
Berufe mit Lehre	15	14	n.s.
Ungelernte Arbeiter	5	4	n.s.
Akademiker oder Studenten	1	2	n.s.
Hausfrauen	–	5	n.s.
Rentner	2	–	n.s.
Schüler	2	–	n.s.

Tab. 2. Numerische Verteilung der klinischen Teiluntersuchungen auf Männer und Frauen.

	Männer N	Frauen N
Palpation und Perkussion des Abdomens	25	25
Grösse der Leber untersucht	in cm 12 ohne cm 13	13 11
Nierenloge beurteilt	25	24
Palpation der Milz	25	24
Darmauskultation	4	8
Digitale Rektaluntersuchung	24	23
Beurteilung von Mundhöhle und Zunge	25	24
Palpation der Lymphknoten	25	25
Beurteilung von Penis	18	–
Beurteilung von Hoden	22	–
Durchschnittlicher Score	8,7	7,0
Durchschnittlicher Score ohne Penis und Hoden	7,0	7,0

Der durchschnittliche Score wurde ermittelt, indem alle jeweils durchgeführten klinischen Untersuchungen zusammengezählt und durch die Anzahl der Patienten bzw. Patientinnen dividiert wurden.

ner durch die Hinzuziehung von Hoden und Penis zur Beurteilung ein höherer Score entsteht, mussten zum exakten Vergleich die Scorezahlen ohne die Geschlechtsmerkmale errechnet werden, so dass sich dann auch bei den Männern derselbe Score von 7 Punkten ergab (Tab. 2). Der Augenhintergrund wurde bei den Männern dreimal, bei den Frauen neunmal beurteilt, dieser Unterschied war signifikant ( $p < 0,05$ ).

Gesamthaft wurden 12 Röntgenuntersuchungen veranlasst. Auf die Männer verteilten sich 5 Thorax-Übersichtsaufnahmen und ein intravenöses Pyelogramm, auf die Frauen 4 Thorax- und 2 Abdomen-Übersichtsaufnahmen. Diese Unterschiede sind nicht signifikant. Die abdominelle Ultraschalluntersuchung wurde bei Männern dreimal, bei Frauen siebenmal durchgeführt. Auch hier besteht kein statistisch signifikanter Unterschied. Auch die veranlassten Laboruntersuchungen liessen keinen signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen errechnen.

Hingegen wurden bei den Männern 11 Endoskopien veranlasst und bei den Frauen nur drei in bezug auf die Gesamtzahl der Endoskopien unterschieden sich Männer und Frauen signifikant ( $p < 0,01$ ) (Abb. 1). Bei je einem Mann und einer Frau wurde ein chirurgisches Konsilium, bei einer Patientin eine gynäkologisches Konsilium durchgeführt.

Der therapeutische Prozess zeigte folgende Differenzen: Die Gesprächstherapie wurde bei 2 Patienten und 4 Patientinnen ausdrücklich als therapeutische Massnahme angeführt. Eine spezifische Therapie, bestehend aus Antacida und/oder H2-Antagonisten wurde bei den Männern zwölfmal und bei den Frauen dreimal eingesetzt. Dieser Unterschied ist signifikant ( $p < 0,01$ ) (Tab. 3).

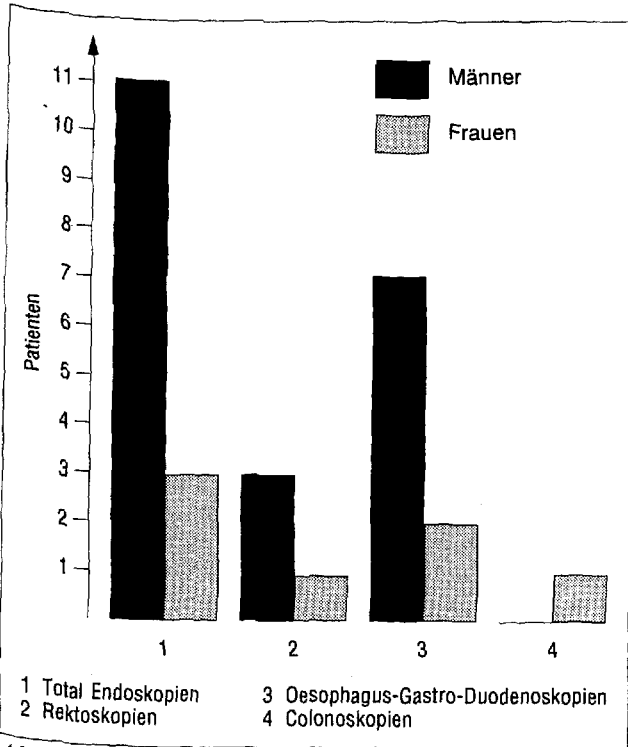


Abb. Die bei Männern (N=25) und Frauen (N=25) durchgeführten endoskopischen Untersuchungen.

Kein signifikanter Unterschied fand sich hingegen bei den zugrundeliegenden Krankheiten, denn die Männer waren viermal an einem Ulcus duodeni oder Ulcus ventriculi und die Frauen einmal an diesem Leiden erkrankt (Tab. 4, 5).

Unspezifische Medikamente, wie Quellmittel, Analgika, Spasmolytika und Salben wurden Männern neunzehnmal, Frauen einundvierzigmal verschrieben. Dieser Unterschied ist signifikant ( $p < 0,01$ ). Der Grund für die über 25 hinausgehende Zahl der Medikamente liegt in der Zuordnung der Teilkomponenten der Kombinationspräparate zu den jeweiligen Wirkgruppen und der Verschreibung von bis zu drei verschiedenen Medikamenten für einzelne Patienten. Psychopharmaka erhielten die Männer dreimal und die Frauen fünfmal. Insgesamt erhielten nur 6 Männer und 2 Frauen keine Therapie.

Tab. 3. Vergleich der Therapiewahl, nach Männern und Frauen getrennt. Die Summe überschreitet N 25, da einzelne mehrere Medikamente aus der gleichen Wirkgruppe und einzelne Kombinationspräparate erhielten, deren Wirkbestandteile den angeführten Wirkgruppen zugeordnet wurden.

	Männer N	Frauen N	p
Gespräch	2	4	n.s.
Quellmittel	5	15	< 0,01
Analgetika	4	9	n.s.
Spasmolytika	7	14	< 0,05
Andere Medikamente und Salben	3	3	n.s.
Antacida und H <sub>2</sub> -Antagonisten	12	3	< 0,01
Keine Therapie	6	2	n.s.

Bei Frauen wurde vierzehnmal (56%) die Diagnose funktionelles Leiden explizit formuliert, jedoch nur sechsmal (24%) bei den Männern ( $p < 0,05$ ) (Tab. 4). Wenn man jedoch Begriffe, wie Gastritis, chronische Obstipation, Inguinalschmerzen und «fraglich» als bloße Umschreibungen für funktionelles Leiden betrachtet, und diese der Diagnose zuordnet, so kommt man bei den Männern schlussendlich sechzehnmal auf die Diagnose funktionelles Leiden und bei den Frauen neunzehnmal (Tab. 5). Bei den Frauen konnte nur fünfmal eine solche Verlegenheitsdiagnose registriert werden, so dass insgesamt neunzehnmal die Diagnose funktionelles Leiden korrekterweise resultieren würde. Durch die jeweilige Therapie wurden 21 Männer und 20 Frauen während des überprüften Zeitraumes ( $75 \pm 3$  Tage) beschwerdefrei. Die Gesamtheit, aller sich in der Analyse als signifikant erwiesenen habenden Parameter sind in Tab. 6 zusammengefasst.

### Diskussion

#### Die Bedeutung des Geschlechts bei Diagnostik und Therapie von Bauchschmerzen.

Aus der Tab. 6 sind die signifikanten Unterschiede im diagnostischen und therapeutischen Prozess zwischen Männern und Frauen mit identischem Initialsymptom, nämlich Bauchschmerzen, zusammengefasst. Aus diesen Punkten liessen sich einige Behandlungsunterschiede herauskristallisieren, die eher durch das Geschlecht als durch die Beschwerden präjudiziert waren, fanden sich doch in den korrigierten Einzeldiagnosen keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Tab. 5).

Tab. 4. Die bei Männern (N = 25) bzw. Frauen (N = 25) formulierten Diagnosen oder Symptome.

Diagnosen / Symptome	Männer N	Frauen N	p
Funktionelles Leiden (ausformuliert)	6	14	< 0,02
Gastritis	2	1	
Inguinalschmerz	1	-	
Fraglich	2	2	
Muskelschmerzen	2	1	
Chronische Obstipation	2	1	
Intermittierende Diarrhö mit Schmerzen	1	0	

Tab. 5. Nach Addition der Diagnosen, die als Umschreibung für ein funktionelles Leiden anzusehen waren, ergab sich untenstehendes Bild.

	Männer N	Frauen N	p
Funktionelles Leiden (umschrieben)	16	19	n.s.
Gastroenteritis	3	4	n.s.
Ulcus duodeni	4	1	n.s.
Colitis ulcerosa	1	-	n.s.
Epigastrische Hernie	1	-	n.s.
Ureterkolik	-	1	n.s.
Total	25	25	

Tab. 6. Die zwischen Männern und Frauen unterschiedlichen Parameter.

	Männer	Frauen	P
Zeitaufwand	45 Min.	59 Min.	< 0,03
Endoskopien	11	3	< 0,01
Quellmittel-Verschreibung	5	15	< 0,01
Antacida-Verschreibung	12	3	< 0,01
Spasmolytika	7	14	< 0,05
Fundusspiegelung	3	9	< 0,05
Diagnose: Ausformuliertes funkt. Leiden	6	14	< 0,02

Bei der Erstkonsultation, bei welcher die Anamnese, bestehend aus persönlicher, Familien-, System- und aktueller Anamnese erhoben und eine vollständige physikalische Untersuchung durchgeführt wurden, wandten die Assistenten für die Frauen pro Konsultation 59 Minuten und für die Männer pro Konsultation 45 Minuten auf. Es ergab sich also eine Differenz von 14 Minuten. Mögliche Gründe hierfür mögen sein, dass die Frauen einen stärkeren Leidensdruck hatten und deshalb einen eher beunruhigten Eindruck auf den sie untersuchenden Arzt machten, so dass der längere Zeitaufwand Ausdruck eines beruhigenden therapeutischen Verhaltens sein könnte [7]. Die Möglichkeit grösserer Empathie des Arztes zu den Frauen ist ein in diesem Zusammenhang nicht zu vernachlässigender Gesichtspunkt [6]. Der grössere Zeitaufwand bei der Erstkonsultation ist auch damit begründbar, dass Ärzte bei den Frauen eher ein Colon irritabile annahmen als bei den Männern. Dafür sprachen die häufigen unspezifischen Therapien und die weniger aktive Abklärung bei gleicher Anamnese und Symptomatik bei den Frauen, obschon sich bei einer früheren Untersuchung das Geschlecht bei der Diagnose eines Colon irritabile als nicht hilfreiches Kriterium erwiesen hatte [8]. Konsequenterweise wurde deshalb häufiger bei den Frauen bereits bei der ersten Konsultation mit einem therapeutischen Gespräch begonnen. Die längerfristige Betreuung von Patientinnen und Patienten wies keine geschlechtsbezogenen Unterschiede auf, da sich die absolute Zahl der Konsultationen im Anschluss an die Erstkonsultation nicht signifikant unterschied, es fand sich lediglich ein Trend zu häufigeren Konsultationen bei den Frauen, nämlich  $3,7 \pm 1$  versus  $2,6 \pm 0,6$ . Eine eineinhalbmal grössere Visitationsrate für Frauen wurde auch an einer 1979 in San Diego durchgeführten Untersuchung gefunden, in welcher die Behandlung von Männern und Frauen mit Kopf-, Brust- oder Kreuzschmerzen, mit Müdigkeit oder Schwindel verglichen wurde [9].

Bei den klinischen Untersuchungen fiel lediglich die signifikant häufigere Durchführung der Fundoskopie bei den Frauen auf, ohne dass eine sich medizinisch aufdrängende Indikation, z. B. eine Hypertonie oder das Bestehen eines Diabetes mellitus, dafür gegeben war. Es lässt sich vermuten, dass gewisse erotische Momente bei der Durchführung dieser Untersuchung

eine Rolle gespielt haben könnten. Denn bei der Spiegelung des Augenhintergrundes ist aus technischen Gründen eine unmittelbare Kontaktnahme zwischen Untersucher und zu Untersuchendem notwendig.

Der Einsatz von Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen. Da aber Gallensteine unter den Frauen doppelt so häufig sind wie unter den Männern, und der Ultraschall bei einer möglichen Schwangerschaft nicht kontraindiziert ist, könnte dies ein Grund für die häufigere Ultraschallverordnung bei Patientinnen sein (Frauen siebenmal, Männer dreimal). Was den Einsatz der invasiven Untersuchungen anbelangt, scheint bei den Männern die Indikation zur weiterführenden Diagnostik grosszügiger gestellt worden zu sein als bei den Frauen, sind doch bei ihnen signifikant häufiger Endoskopien durchgeführt worden, ohne dass Anamnese und schlussendliche Diagnose dazu die Veranlassung gegeben hätten. Der grosszügigere Einsatz diagnostischer Mittel für Männer ist aus der San Diego-Studie bekannt [9]. Die Ursache dafür ist multifaktoriell zu sehen, wobei ein Faktor im mitteleuropäischen Zeitgeist liegt, nach welchem dem Mann das glaubwürdigere und weniger aggravierende Verhalten zugestanden wird, denn der Mann wird eher dem Charaktertyp des Stoikers und die Frau eher dem des Hypochonders zugeordnet [11]. Ein weiterer Faktor liegt in der Ausbildung zum Arzt selbst. Denn bei klinischen Demonstrationen von Krankheitsbildern wird als Modell in der Regel dann ein Mann gewählt, wenn das Leiden organisch ist, jedoch eine Frau, wenn psychogene Störungen erklärt werden sollen [5].

Medizinisch ableitbare Erklärungen für die häufiger durchgeführten Endoskopien bei den Männern mögen darin zu sehen sein, dass die Prävalenz eines Magencarcinoms beim Mann zweimal so hoch ist wie bei der Frau [12], dass die Ulcuskrankheit bei den Männern gehäuft ist [13], und dass das Ulcus eine verzögerte Heilungstendenz bei Nikotinabusus hat [14], welcher bei den Männern gehäuft vorkam.

Eine bevorzugte Behandlung der Frauen gegenüber den Männern stellt im Gegensatz zur San Diego-Studie [9] und zu unserer Untersuchung Verbrugge [7] in einer gesamtamerikanischen Studie fest. Neben diesen ein geschlechtsdifferentes Verhalten zeigenden Studien finden sich auch solche, die keine unterschiedlichen Verhaltensweisen weiblichen resp. männlichen Patienten gegenüber zeigen. Bei McCranie [15] bekamen einige Ärzte Patientenprofile mit geändertem Geschlecht vorgelegt, um Diagnose, Behandlungen und Prognose festzulegen. Bei Frauen wurden psychogene Krankheiten nicht signifikant häufiger diagnostiziert als bei den Männern, ebenso unterschieden sich Therapie- und Prognoseangaben nicht. Abramowitz et al. [16] legten 57 Gruppentherapeutinnen und 65 Gruppentherapeuten die Krankengeschichte eines ambulanten Patienten vor, indem sie jeweils das Geschlecht änderten. Es liessen sich keine, oder nur

geringfügige Unterschiede aus den Antworten der Therapeutinnen und Therapeuten herauslesen. Neben dem diagnostischen Prozess spiegelten sich auch im therapeutischen gewisse geschlechtsspezifische Unterschiede wider. Die Ärzte verschrieben gewissermassen mit der Erstkonsultation den Frauen ein unspezifisches Medikament in Form von Quellmitteln. Gleichzeitig erhielten diese auch häufiger Spasmolytika, Psychopharmaka und Analgetika, was auch der Beobachtung von Cooperstock [17] entspricht, die einen erhöhten Psychopharmakaverbrauch bei den Frauen fand. Den Männern dagegen wurde eher eine spezifische Therapie gegeben, weil sie eher dem stoischen Stereotyp als dem hypochondrischen zugeordnet wurden [11]. Bernstein [18] kam zu einem ähnlichen Ergebnis bei der Abklärung von Kreuz- oder epigastrischen Schmerzen. Den Frauen wurde viel eher eine emotionale Labilität attestiert und bei ihnen wurde eine höhere Prävalenz von psychosomatischen Krankheiten vermutet als bei den Männern.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass Ärzte den Männern eher ein organisches Leiden attestierten und mögliche funktionelle Störungen häufiger mit Begriffen wie Gastritis, chronische Obstipation, Inguinalschmerz oder fragliche Ursache umschrieben (Tab. 4 + 5). Bei Frauen wurde in der Regel die Diagnose Colon irritabile bei der ersten Konsultation gestellt, entsprechend erhielt die Frau eine unspezifische Medikation und erst nach einer gewissen Zeit der Beobachtung wurde eine weiterführende Diagnostik und möglicherweise eine spezifische Therapie eingeleitet. Abgesehen von diesem differenten Verhaltensmuster bestand bezüglich Beschwerdefreiheit im überblickten Zeitraum von  $75 \pm 3$  Tagen kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Bei den Männern war der Einsatz apparativer Diagnostik grösser als bei den Frauen, ohne dass das Ergebnis different gewesen wäre. Bei den Männern wurde ein funktionelles Leiden eher per exclusionem diagnostiziert. Der häufigere Einsatz einer spezifischen Therapie bei den Männern und einer unspezifischen bei den Frauen mag hierfür ein weiteres Indiz sein. Ein durch das Geschlecht präjudiziertes differentes Verhalten den Frauen resp. den Männern gegenüber kann auch noch aufgrund des grösseren Zeitaufwandes bei der Erstkonsultation und der häufigeren Fundoskopien bei den Frauen vermutet werden.

#### Zusammenfassung

Die Beantwortung der Frage, ob vom Arzt den beiden Geschlechtern in bezug auf Diagnose und Therapie eine unterschiedliche, vielleicht sogar geschlechtsspezifische Behandlung zuteil wird, war Ziel unserer Untersuchung an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik mit einem damaligen Ärztebestand von 13 männlichen Assistenten. Dazu wurden bei je 25 Patientinnen und Patienten, die mit Hauptsymptom Bauchschmerzen die Medizinische Universitäts-Poliklinik aufsuchten, das Erheben der Anamnese, die physikalische Untersuchung, der diagnostische und therapeutische Aufwand insgesamt analysiert. Gleichzeitig wurde ohne Wissen der Assistenten die Zeitdauer für die erste Konsultation und die Zahl der Nachkontrollen registriert.

Unterschiedliches Verhalten der Ärzte gegenüber Männern und Frauen zeigte sich signifikant häufiger bei folgenden Beobachtungen:

- Für Anamnese und Erstuntersuchung war der Zeitaufwand pro weiblichem Patient bei der Erstkonsultation um 14 Minuten länger als bei den Männern ( $p < 0.03$ ).
- Bei im übrigen gleichem klinischem Untersuchungsaufwand wurde einzig die Fundoskopie bei den Frauen häufiger durchgeführt als bei den Männern, und zwar im Verhältnis 9:3, ohne dass eine medizinische Begründung für dieses geschlechtsdifferente Verhalten vorhanden gewesen wäre ( $p < 0.05$ ).
- Endoskopien wurden signifikant häufiger bei den Männern eingesetzt, bei vergleichbaren Diagnosen ( $p < 0.01$ ).
- Der Einsatz einer spezifischen Therapie (Antacida,  $H_2$ -Antagonisten) erfolgte signifikant häufiger bei den Männern als bei den Frauen, ohne medizinisch erklärbaren Grund ( $p < 0.01$ ). Den Frauen hingegen wurden deutlich häufiger Quellmittel ( $p < 0.01$ ) und Spasmolytika ( $p < 0.05$ ) verschrieben.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass Männern ein funktionelles Leiden eher per exclusionem attestiert wird als den Frauen, wofür der grössere diagnostische Aufwand bei den Männern einerseits und der Einsatz einer spezifischen Therapie andererseits die Argumente liefern.

#### Résumé

#### Attitudes des médecins selon le sexe du patient: une analyse du diagnostic et du traitement chez les patients ambulatoires souffrant de douleurs abdominales

Cette étude conduite à la Polyclinique universitaire médicale de Bâle a étudié le comportement de 13 médecins masculins à l'égard de 25 patients et patientes dont le symptôme principal était une douleur abdominale. La prise d'anamnèse, le status physique, les prescriptions diagnostiques et thérapeutiques ont été analysés; d'autre part, à l'insu des médecins, la durée de la première consultation et le nombre de consultations suivantes ont été enregistrés. Un comportement significativement différent du médecin à l'égard des patients hommes et femmes est observé pour les points suivants, lors de la première consultation, la prise d'anamnèse et le status physique étaient plus long d'environ 14 minutes chez les femmes que chez les hommes; toute cause clinique égale par ailleurs, la fondoscopie était plus fréquemment effectuée chez les femmes que chez les hommes, sans que l'on puisse trouver une raison médicale cette différence; des endoscopies ont été faites plus fréquemment chez les hommes, pour un même diagnostic; la prescription d'une thérapie spécifique (antiacide, antagoniste  $H_2$ ) a eu un taux de succès significativement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, sans raison médicale apparente. Les femmes se sont vu prescrire plus souvent des spasmolytiques. En conclusion, il semble que lorsqu'un diagnostic fonctionnel est évoqué, il le soit plus fréquemment par exclusion chez les patients masculins que féminins; cela pourrait expliquer la fréquence plus forte des manoeuvres diagnostiques invasives et des thérapeutiques spécifiques chez les patients masculins.

#### Summary

#### Gender-related or Symptom-related Behaviour of Male Residents

We investigated the influence of the patient's gender for diagnostic and therapeutic approach of physicians at the outpatient clinic of the university hospital of Basle.

In a prospective study 13 male residents in their second and third year of medical training were observed in their management of 25 female and 25 male patients presenting with the leading complaint of abdominal pain with regard to taking of the medical history, the physical examination and the performed diagnostic and therapeutic procedures, without informing the participating physicians. The time spent for the first consultation and the number of follow ups performed were registered.

Following differences in the management of female and male patients were observed:

The time spent at the first consultation was  $59 \pm 5$  minutes in female and  $45 \pm 3.5$  in male patients ( $p < 0.03$ ).

Fundoscopy examination was three times more often performed in female patients.

Endoscopic examinations were more often observed in male patients ( $p < 0,01$ ).

Antacids and H<sub>2</sub>-antagonists were more frequently prescribed in male ( $p < 0,01$ ). Spasmolytics and laxatives more frequently in female ( $p < 0,01$ ).

In summary in male patients the diagnosis of functional disease was predominantly made after exclusion of an organic disease what does explain the use of more diagnostic procedures and the induction of a more specific therapy.

#### Literaturverzeichnis

- [1] *Hendersen LJ*: Physicians and patient as a social system. *New Engl J Med* 1935; 212: 819
- [2] *Davis MS*: Attitudinal and behavioral aspects of the doctor – patient relationship as expressed and exhibited by medical students and their mentors. *J Med Educ* 1968; 43: 337–343
- [3] *Egbert LD* and *Rothman IL*: Relation between the race and economic status of patients and who performs their surgery. *New Engl J Med* 1977; 297: 90–91
- [4] *Lennane KJ*, *Lennane RJ*: Alleged psychogenic disorders in women – A possible manifestation of sexual prejudice. *New Engl J Med* 1973; 288: 288–292
- [5] *Howell MC*: What medical schools teach about women. *New Engl J Med*. 1974; 291: 304–307
- [6] *Hooper EM*, *Comstock LM*, *Goodwin JM*, *Goodwin JS*: Patient characteristics that influence physician behavior. *Med Care* 1982; 20: 630–638
- [7] *Verbrugge LM*, *Steiner RP*: Physician treatment of men and women patients. Sex bias or appropriate care? *Med Care* 1981; 19: 609–632
- [8] *Conen D*, *Frey D*: Colon irritabile – ja oder nein? Ist die Anamnese eine Entscheidungshilfe? *Schweiz med Wschr* 1982; 112: 531–534
- [9] *Armitage KJ*, *Schneidermann LJ*, *Bass RA*: Response of physicians to medical complaints in men and women. *J Am Med Assoc* 1979; 241: 2186–218
- [10] *Reifferscheid M*: *Galle*. In: *Chirurgie*. Reifferscheid M. Weller S, eds. Thieme-Verlag, Stuttgart, New York, 5. Auflage 1981; 487–509
- [11] *Nathanson C*: Illness and the feminine role. A theoretical review. *Soc Sci & Med*. 1975; 9: 57–62
- [12] *Naujoks S*, *Döllke H*, *Döllke W*: Die Epidemiologie der häufigsten Tumoren des Verdauungskanales. *Internist* 1982; 23: 1–9
- [13] *Arnold R*: Epidemiologie und Genetik der Ulcuskrankheit. In: *Blum AL*, *Siewert JR*, eds: *Ulcustherapie*. Springer-Verlag-Berlin, Heidelberg, New York 1978; 1–3
- [14] *Doll R*, *Jones SA*, *Pygott F*: Effect of smoking on the production and maintenance of gastric and duodenal ulcers. *Lancet* 1987; 1: 657–662
- [15] *McCranie EW*, *Horowitz AJ*, *Martin RM*: Alleged sex-role stereotyping in the assessment of women's physical complaints: A study of general practitioners. *Soc Sci & Med* 1978; 12: 111–116
- [16] *Abramowitz UM*: Sex bias in psychotherapy: A failure to confirm. *Am J Psychiatry* 1976; 133. I: 706–709
- [17] *Cooperstock R*: Sex differences in psychotropic drug use. *Soc Sci & Med* 1978; 12B: 179–186
- [18] *Bernstein B*, *Kane R*: Physicians's attitudes toward female patients. *Med Care* 1981; 19: 600–608

#### Korrespondenzadresse:

PD Dr. Dieter Conen  
Kantonsspital Aarau  
Medizinische Klinik  
CH-5000 Aarau