

Hans-Wolfgang Hoefert Martin Härter  
Herausgeber

# Schwierige Patienten



HUBER



Hoefert / Härter  
**Schwierige Patienten**

Verlag Hans Huber  
**Programmbereich Medizin**





Hans-Wolfgang Hoefert  
Martin Härter

# Schwierige Patienten

Verlag Hans Huber

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.  
Aus: Tschan, Sexualisierte Gewalt, 1. Auflage.

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt  
Herstellung: Peter E. Wüthrich  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Huber & Co., Göttingen  
Printed in Germany

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist und menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Lektorat Medizin/Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0)31 300 4500  
Fax: 0041 (0)31 300 4593  
[verlag@hanshuber.com](mailto:verlag@hanshuber.com)  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

1. Auflage 2013

© 2013 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95121-8)

(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75121-4)

ISBN 978-3-456-85121-1

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort: Schwierige Patienten und schwierige Begegnungen mit Patienten 7  
*Hans-Wolfgang Hoefert und Martin Härter*

## 1. Herausforderungen in der Arzt-Patient-Interaktion

Patienten mit nicht hinreichend erklärbaren Körperbeschwerden 19  
*Astrid Sonntag*

Divergenz von „Krankheitstheorien“ zwischen Arzt und Patient 29  
*Hans-Wolfgang Hoefert*

Narzisstische Patienten 47  
*Christoph Klotter*

Der internetinformierte Patient – ein schwieriger Patient für das Gesundheitswesen 59  
*Christiane Eichenberg und Demetris Malberg*

Patienten mit Präferenz für die komplementär-alternative Medizin 83  
*Hans-Wolfgang Hoefert*

## 2. Schwierige Patienten in ausgewählten medizinischen Fachrichtungen

Schwierige Patienten in der Gastroenterologie 105  
*Hans-Wolfgang Hoefert*

Schwierige Patientinnen in der Gynäkologie 129  
*Hans-Wolfgang Hoefert und Bernhard Uehleke*

Schwierige psychisch erkrankte Patienten in Klinik und Praxis 149  
*Martin Lambert*

Der „schwierige“ Patient in der Zahnmedizin 167  
*Daniel R. Reißmann und Guido Heydecke*

„Schwierige“ Patienten aus Sicht der Pflege 185  
*Almut Hartenstein-Pinter*

### **3. Schwierige Patienten in der Psychotherapie**

Interaktionsschwierigkeiten im Therapieprozess bei Klienten  
mit narzisstischer und histrionischer Persönlichkeitsstörung 203  
*Rainer Sachse und Jana Fasbender*

Patienten mit Krankheitsängsten und Hypochondrie 215  
*Michael Witthöft und Maria Gropalis*

Patienten mit Suchtproblemen 231  
*Ingo Schäfer, Nena Kerkow und Martina Stubenvoll*

### **4. Spezielle Patientengruppen**

Patienten mit anderem kulturellen Hintergrund 243  
*Isaac Bermejo, Fabian Frank und Lars P. Hölzel*

Adipöse Patienten 259  
*Christoph Klotter*

Patienten mit demenziellen Erkrankungen im Krankenhaus 273  
*Klaus Wingefeld und Thomas Kleina*

Alte und demente Patienten in der ambulanten Versorgung 283  
*Eva Maria Neumann*

### **5. Interventionsansätze zur Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion**

Schwierige Ärzte 299  
*Harald Jurkat*

Reflexionen über „schwierige“ Patienten am Beispiel der  
Balint-Gruppe 311  
*Matthias Elzer*

Training kommunikativer Kompetenzen im Umgang mit  
schwierigen Patienten 325  
*André Karger*

Partizipative Entscheidungsfindung mit Patienten 337  
*Miriam Körner und Linda Zimmermann*

**Autorinnen und Autoren** 349

# Vorwort: Schwierige Patienten und schwierige Begegnungen mit Patienten

*Hans-Wolfgang Hoefert und Martin Härter*

## Vorbemerkung

Wenn bestimmte Patienten oder Patientengruppen aus der Sicht von Gesundheitsberufen als „schwierig“ erlebt werden, dann gibt dies Anlass zu der Frage, wo der „Ort“ der Schwierigkeit zu suchen ist: Sind es die – womöglich pathologischen – Persönlichkeitsmerkmale oder Verhaltensweisen dieser Patienten, Merkmale des jeweiligen Berufsvertreters oder Systembedingungen, welche die Berufsvertreter und die Patienten gleichermaßen beeinflussen? Seit den 80er Jahren, in denen James Groves (1978) den „hateful patient“ zu definieren versucht hat (siehe unten) und damit eine auf die Person des Patienten zentrierte Sichtweise in Fachkreisen popularisiert hat, ist ein bemerkenswerter Perspektivenwandel im Hinblick auf die Komplexität des „Schwierigen“ zu verzeichnen, der nicht nur zu diagnostischen Neueinschätzungen von Schwierigkeiten, sondern auch Konsequenzen für die Beziehungsgestaltung mit Patienten bzw. für das Selbstmanagement von Gesundheitsberufen in schwierigen Begegnungssituationen nahegelegt hat. Das vorliegende Buch versucht zum einen, die erwähnte Komplexität des „Schwierigen“ fassbarer zu machen, und zum anderen, Wege aufzuzeigen, wie mit solchen Schwierigkeiten – je nachdem, wo sie primär verortet werden – in der niedergelassenen Facharzt- bzw. Psychotherapeutenpraxis oder im Krankenhaus besser umgegangen werden kann.

## 1. „Schwierige“ Patienten

### *Begrifflichkeiten*

Im Gegensatz zu relativ neutralen Begriffen wie „schwieriger Patient“ oder „Problempatient“ finden sich in der Literatur durchaus wertende Begriffe wie „hateful“ (Groves 1978) oder „heartsink“ (O’Dowd 1988), welche deutlich machen sollen, dass die betreffenden Patienten dem Arzt „schlicht auf die Nerven gehen“ können. Eine entsprechende Zusammenstellung von Begriffen mit ihren jeweiligen Begründungen findet sich bei Jyväsjarvi (2001). Scheinbar neutral, aber bei näherem Hinsehen durchaus wertend erscheint der Begriff „frequent attenders“, womit Patienten gemeint sind, die selten mit einmaligen Visiten zufrieden sind, sich auch bei kleinsten Anlässen wieder melden, mehr Verschreibungen erfordern oder einfordern und damit nicht nur den Arzt, sondern auch das Gesundheitssystem belasten. Steward & O’Dowd (2002) vermuten, dass es sich dabei um ein gelerntes Verhalten handelt, das in belasteten Familien allerdings überzufällig häufig anzutreffen ist. Speziell wegen ihres „Wanderverhaltens“ durch das Gesundheitssystem wird diese



Patientengruppe auch als „doctor hopper“ bzw. „doctor shopper“, wertend auch manchmal als „Arztnomaden“ bezeichnet (vgl. de Zwaan & Müller 2006).

Die vermutlich am häufigsten zitierte, empirisch jedoch nicht belegte Patiententypologie von Groves (1978) unterscheidet vier schwierige („hateful“) Patiententypen:

- „dependent clingers“: auf den ersten Blick freundlich und voller Dankbarkeit, jedoch auch verführend, anklammernd und voller Bedürfnisse
- „entitled demanders“: nutzen die Mittel von Einschüchterung, Schuldzuweisung, Drohungen und Zahlungsverweigerung, jedoch bedürftig wie die vorgenannte Gruppe
- „help rejecters“: sind überzeugt, dass ihnen nichts helfen kann, was sie aber nicht hindert, wiederzukommen, wobei ein Symptom das andere ablöst
- „self destructive deniers“: haben ihre Hoffnung aufgegeben, dass ihre Bedürfnisse erfüllt werden und sabotieren alle Bemühungen, ihnen zu helfen.

Die entsprechenden Reaktionen von Ärzten sind dann Frustration, Selbstzweifel an der eigenen Kompetenz und natürlich auch Ärger und Aversion. Angewendet auf die heutige Zeit handelt es sich bei den ersten beiden Gruppen oft um Patienten, die per Telefon, e-mail den Arzt in seiner Praxis oder per Notruf-Pieper im Krankenhaus zu erreichen versuchen. Für die beiden anderen Gruppen ist eher typisch, dass sie immer weitere Tests verlangen oder zusätzliche Gewissheit bei anderen Berufsgruppen suchen (vgl. Strous et al. 2006, S. 390ff.).

Insgesamt werden den empirischen Untersuchungen von Hahn et al. (1996), Jackson & Kroenke (1999) sowie Hinchey & Jackson (2011) zufolge aus ärztlicher Sicht rund 15 % bis 18 % aller Patienten als „schwierig“ angesehen.

### ***Psychische Hintergründe***

Anders als in den genannten Untersuchungen *vermuten* viele Ärzte (und auch Pflegekräfte im Krankenhaus) häufig bei als „schwierig“ erlebten Patienten eine psychische oder psychosomatische Störung. Tatsächlich zeichnen sich einige solcher Patienten durch unklare Beschwerden bzw. „medizinisch unerklärbare physische Symptome“ aus (vgl. Verhaak et al. 2006, dazu auch der Beitrag von Sonntag in diesem Buch), was den Eindruck nahelegt, dass solche Symptome zumindest in entsprechenden Kategorien beschreibbar sind. Diametral dazu kann im Einzelnen eine besondere hypochondrische Disposition (vgl. Witthöft & Gropalis in diesem Buch), bei der bereits kleineren, aber normalen Auffälligkeiten ein Krankheitswert beigemessen wird, eine generell auf die Eigenbefindlichkeit fixierte „narzisstische“ Disposition (vgl. Klotter in diesem Buch) oder auch schlicht eine gesteigerte Wahrnehmungsempfindlichkeit für psychophysiologische Reize, verbunden mit entsprechenden Ängsten („somatosensory amplification“), verstanden werden.

Wenn unklare Beschwerden persistieren und ein psychischer Hintergrund von Ärzten vermutet wird, dann liegt oft die Empfehlung einer *Psychotherapie* nahe. Folgt der Patient dieser Empfehlung, dann scheint die Schwierigkeit zumindest verlagert, wenn nicht gar gelöst zu sein. Aber auch Psychotherapeuten können nicht alle psychischen Probleme lösen bzw. sehen sich gelegentlich mit „schwierigen“ Patienten konfrontiert. Dies wird beispielhaft in den Beiträgen von Sachse & Fassbender sowie von Schäfer et al. in diesem Buch demonstriert.

Daneben werden für die Erklärung eines „schwierigen“ Patientenverhaltens (unklare Symptome, Symptommhäufung, Inanspruchnahme von Ärzten und Gesundheitssystem) gelegentlich psychodynamische Konstrukte (z.B. demonstrierte Hilflosigkeit als Form von kindlicher Regression) oder familientherapeutische Konstrukte (z.B. Symptom als Ausdruck einer ungesicherten Position in einer dysfunktionalen Familie) herangezogen (vgl. Strous et al. 2006, Pérez-López 2011).

Andererseits kommen auch andere, nicht im engeren Sinne *medizinische* Gründe für die Erklärung in Frage, so zum Beispiel

- eine – bei Älteren und Verwitweten häufiger anzutreffende – soziale Isolation, welche den Arztbesuch zu einem „sozialen Ereignis“ werden lässt
- die Verschreibung von Arzneimitteln im Sinne eines Drogengebrauchs
- das Bedürfnis nach „sekundärem Krankheitsgewinn“, das zu vermehrter Zuwendung (auch durch die Familie) oder zu Krankschreibung führt
- eine generelle Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben, welche sich symptomatisch immer wieder neu manifestiert, ohne durch die Symptombehandlung beseitigt werden zu können
- das Bedürfnis, (zumindest) die eigene Gesundheit im Leben kontrollieren zu können.

### **Moderne „schwierige“ Patienten**

Seit einigen Jahrzehnten gelten bestimmte Patientengruppen als „schwierig“, wenn sich keine klare medizinische Diagnose stellen lässt. Relativ neu rücken drei weitere Gruppen in das Blickfeld:

- Erstens verdient die oben erwähnte Gruppe der *älteren* (und möglicherweise dementen) Patienten angesichts der demografischen Entwicklung eine besondere Aufmerksamkeit von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen im Kontext einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses (dies wird in den Beiträgen von Neumann bzw. von Wingensfeld & Kleina in diesem Buch deutlich).

- Zweitens und ebenfalls auffällig – einem zivilisatorischen Trend folgend – ist die steigende Zahl der *übergewichtigen* Patienten, die u.a. deshalb als „schwierig“ gelten, weil hier einfache diätetische Ratschläge kaum zu einer – besonders dem Herz-Kreislaufsystem förderlichen – Gewichtsreduktion beitragen und zu vermuten ist, dass sich hinter dem sog. „metabolischen Syndrom“ nicht selten eine depressive Symptomatik verbirgt (vgl. dazu Klotter in diesem Buch).

Drittens sind Patienten generell selbstbewusster geworden und entwickeln eigene Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, denen sie entweder folgen (auch ohne dass der Behandler davon weiß) oder mit denen sie den Behandler (auch manchmal provokativ) konfrontieren (vgl. Hoefert & Brähler 2013).

Aus sozialpsychologischer Sicht kann demnach „schwieriges“ Patientenverhalten als eine wahrgenommene Abweichung vom Bild des „wünschbaren“ oder zumindest „normalen“ Patienten darstellen: Der wünschbare Patient geht eigenverantwortlich mit seiner Gesundheit um und verhält sich im Krankheitsfall adhärent, hat genügend Wissen, um sich im Bedarfsfall selbst im Gesundheitssystem zurechtzufinden und verfügt über genügend Bildung, um den Erklärungen und Anweisungen von Ärzten folgen zu können (vgl. Dieterich 2007). „Schwierig“ werden Patienten dann, wenn sie nicht oder ungenügend über diese Voraussetzungen verfügen und entsprechend durch Unverständnis, Missachtung sozialer Regeln in der Begegnung mit dem Arzt bzw. dem medizinischen Personal oder durch Nichteinhaltung von Verhaltens- und Medikationsregeln auffallen.

„Schwierig“ können aber auch Patienten mit genau diesen wünschbaren Eigenschaften werden, wenn sie bereits per Internetgebrauch vorinformiert sind und den weniger informierten Arzt mit ihren Quellen konfrontieren (vgl. Eichenberg in diesem Buch), wenn sie ihre eigene „Krankheitstheorie“ haben, die von derjenigen des Arztes abweicht (vgl. Hoefert in diesem Buch) oder sich einem „alternativmedizinischen“ Weltbild verpflichtet sehen (vgl. Hoefert in diesem Buch). Denn viele Patienten folgen in ihrem Denken und ihrer Wahrnehmung nicht dem konventionellen „dualistischen“ Modell der Medizin mit seiner Aufteilung in körperliche und psychische Entitäten, wobei Ärzte, die in diesem Modell befangen sind, solche Patienten, welche ihre Symptomatik in einer entweder der kategorialen Aufteilung nicht folgenden Form präsentieren oder auch unkonventionelle Erklärungen bereithalten, als besondere und mitunter bedrohliche Herausforderung erleben (vgl. Wilson 2005). Damit ist deutlich geworden, dass das Attribut „schwierig“ nicht allein ein Merkmal des Patienten ist, sondern auch vor einem bestimmten (fachlich oder sozial normativen) Hintergrund verliehen wird.

### ***Fachspezifische Differenzierungen***

Die oben berichteten Merkmale von „schwierigen“ Patienten beruhen zum größten Teil auf Einschätzungen von Allgemeinärzten und dürften sich auch in den Einschätzungen von Fachärzten wiederfinden. Dennoch dürfen einige Probleme nicht übersehen werden, die sich aus fachspezifischer Perspektive ergeben. Diese werden in diesem Buch exemplarisch sichtbar für die Gastroenterologie (vgl. Hoefert in diesem Buch), die Gynäkologie (vgl. Hoefert & Uehleke in diesem Buch) und die Zahnmedizin (vgl. Reißmann & Heydecke in diesem Buch). Der Beitrag von Lambert (in diesem Buch) beschäftigt sich mit psychisch erkrankten Patienten, die sowohl in der niedergelassenen Praxis als auch im Krankenhaus auftreten können. Weitere drei Beiträge befassen sich mit „schwierigen“ Patienten in der Psychothera-

pie. Die Sichtweise anderer Gesundheitsberufe – allen voran der Krankenpflege – ist durch den Beitrag von Hartenstein-Pinter vertreten. Natürlich kann mit dieser Auswahl nur die Breite der Variationen des „Schwierigen“ angedeutet werden, wobei jedoch auch schon bei dieser Auswahl bereits einige Gemeinsamkeiten aller in diesem Buch einbezogenen Fachrichtungen erkennbar werden.

In den hier *nicht* berücksichtigten Fachrichtungen werden ähnliche, wenn auch anders akzentuierte Schwierigkeiten beschrieben. So gibt es beispielsweise in der Neurologie ebenfalls das Problem, dass Patienten, für die keine organischen Ursachen gefunden werden, als „schwieriger“ gelten (vgl. Carson et al. 2004). In der Psychiatrie werden Patienten als „schwierig“ angesehen, wenn sie sich nicht an die notwendigen Strukturvorgaben halten und damit ein Kontrollverlust durch den Behandler droht (vgl. Koekkoek et al. 2010a) oder wenn der Behandler sein Verhalten von psychotischen auf nicht-psychotische Phasen umstellen muss (Koekkoek et al. 2010b). Eine Rollenflexibilität ist gleichfalls in der Pädiatrie gefordert, wo der primäre Patient zwar das Kind ist, dessen Eltern jedoch auch einen Patientenstatus annehmen können (vgl. Breuner & Moreno 2010). In der Onkologie schließlich steht der Behandler oft vor der Schwierigkeit, einerseits Optimismus zu vermitteln, andererseits aber auch realistische Ziele und Erwartungen erzeugen zu müssen.

Diametral durch die eben erwähnten Fachrichtungen sind bestimmte Verhaltensmuster identifizierbar, die der von Groves vorgeschlagenen Typologie nahekommen: der im Grunde therapieunwillige Patient, der zugleich Therapie fordernde und diese ablehnende Patient, und der Zuwendung und Aufmerksamkeit fordernde Patient (vgl. Koekkoek et al. 2006). Dies legt die Vermutung nahe, dass eine Hauptquelle von Schwierigkeiten in der Gestaltung bzw. Gestaltbarkeit der *interpersonalen* Beziehungen zwischen Behandler und Patient zu liegen scheint.

## 2. „Schwierige“ Ärzte

Wenn Patienten von Ärzten als „schwierig“ bezeichnet werden, dann muss die Frage erlaubt sein, *welche* Ärzte dies besonders häufig tun und welche nicht. Bereits die Studie von Mathers et al. (1995) über Ärzte, die besonders häufig über „schwierige“ Patienten klagen, hatte gezeigt, dass solche Ärzte sich durch vier Merkmale auszeichnen: größere Arbeitsbelastung, geringere Arbeitszufriedenheit, geringe Kommunikationsfähigkeit und weniger berufliche Fortbildung. Die oben schon erwähnten neueren Studien zeigen, dass solche Ärzte eher jünger sind bzw. eine noch kurze Berufserfahrung haben. Fachärzte berichten häufiger über „schwierige“ Patienten als Allgemeinärzte (im Überblick An et al. 2009). Darüber hinaus stufen Ärzte mit einer geringeren psychosozialen Orientierung mehr Patienten als „schwierig“ ein (Hincher & Jackson 2011). Möglicherweise korrespondiert damit der Befund, dass besonders solche Ärzte über „schwierige“ Patienten berichten, bei denen sich psychosoziale Probleme (oftmals auch Drogenprobleme) von Patienten häufen (Krebs et al. 2006, Zantinge et al. 2005).

Ärzte, die zumindest über mehr „schwierige“ Patienten *berichten*, sind häufiger frustriert, fühlen sich durch ihre Arbeit gestresst und zeigen sog. Burnout-Symptome (An et al. 2006). Damit ist jedoch noch nicht geklärt, wieweit eher Persönlichkeitsmerkmale des Arztes, ein bestimmter Arbeitsstil oder bestimmte äußere Arbeitsbedingungen für den Burnout verantwortlich sind (vgl. Jurkat in diesem Buch) bzw. wie sich Arbeitsstress auf die Qualität der Patientenversorgung auswirkt (und damit möglicherweise eher zu „schwierigen“ Arzt-Patient-Interaktionen beiträgt).

### 3. „Schwierige“ Interaktionen

Bis hierhin dürfte deutlich geworden sein, dass es nicht nur bestimmte dispositive Merkmale von Patienten sind, welche eine Interaktion mit ihnen „schwierig“ erscheinen lässt, sondern auch Merkmale des Arztes oder sonstigen Behandlers sowie der aktuellen Situation, in der eine Interaktion stattfindet, spielen eine bedeutsame Rolle. Modellhaft betrachtet findet hier ein wechselhafter Austauschprozess statt, den man aus psychodynamischer Sicht mit Begriffen wie Übertragung oder Gegenübertragung beschreiben könnte, oder aus sozialpsychologischer Sicht mit dem Begriff der „self-fulfilling prophecy“: So führen – mehr oder weniger erfahrungsabhängige – Voreingenommenheiten des Arztes zu einer skeptischen bis ablehnenden Haltung bestimmten Patientengruppen gegenüber (z.B. übergewichtige, ausländische, oder arbeitslose Patienten), die sich verbal und non-verbal ausdrückt und ihrerseits entsprechende ablehnende Reaktionen des Patienten auslösen kann. Analog gilt dies auch für Patienten mit bestimmten Voreingenommenheiten gegenüber Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen. Und schließlich können Idealisierungen von Patienten gegenüber einem „mächtigen Helfer“ zu Schwierigkeiten in Form von enttäuschten Erwartungen führen, wenn der jeweilige Helfer diese Idealisierungen – weil sie schmeichelhaft sind oder den eigenen hohen Ansprüchen an die eigene Person entgegenkommen – unkritisch akzeptieren und nicht rechtzeitig für eine realistische Perspektive sorgen (vgl. AWMF 2012, 113ff.).

Gemeinsam ist allen drei Varianten, dass die Schwierigkeiten in der Interaktion von der einen oder anderen Seite quasi *induziert* werden. Und wenn *beide* Seiten involviert sind, dann entsteht eine drei-fache Stufung von Schwierigkeiten, wie es Henningsen (2010) kürzlich formuliert hat: Indem zu dem schwierigen Patientenverhalten nun auch noch ein schwieriges Therapeutenverhalten hinzutritt, wird die Situation *mehrfach* schwierig.

Es sind aber nicht allein die *Personmerkmale*, welche miteinander in einer interaktiven Beziehung stehen, sondern auch bestimmte *Systembedingungen*, welche auf die Interaktionspartner einwirken. Dazu zählen beispielsweise

- die Notwendigkeit der Ausrichtung an Klassifikationsschemata (ICD, DSM u.ä.)
- die Dokumentationspflicht
- und kaufmännische Verpflichtungen,

andererseits aber auch bestimmte räumliche und soziale *Umfeldbedingungen* wie

- Diskretion der Gesprächssituation (im Krankenhaus nicht immer möglich)
- Anwesenheit von Eltern, Familienangehörigen oder Mitpatienten (Krankenhaus)
- Anwesenheit von Kollegen oder Pflegekräften (Krankenhaus).

Direkte Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten können durch solche Rahmenbedingungen erschwert werden bzw. zu Schwierigkeiten führen (z.B. mangelnde Offenheit für bestimmte Gesprächsthemen, Misstrauen wegen Dokumentation). Wesentlich entscheidender für die Interaktion dürfte jedoch die Gestaltung der *Kommunikation* sein, eine Aufgabe, die von manchen Ärzten und anderen Behandlern in Gesundheitsberufen immer noch als subsidiär betrachtet wird. Dazu zählen beispielsweise

- die Herstellung einer guten Beziehung (Rapport) zum Patienten durch Fragen zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung oder zu eigenen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen (health beliefs)
- die Erkundung des Lebensfeldes des Patienten (Familie, ggf. Beruf, Alltagsaktivitäten)
- die Einbeziehung des Patienten in die Planung des Therapieprozesses nach den vorher mit dem Patienten definierten und von diesem gewichteten Kriterien.

Dass derartige kommunikative Aktivitäten durchaus nicht selbstverständlich sind, haben kürzlich Street & Haidet (2010) gezeigt. Die Autoren stellen insbesondere Mängel in der Exploration von Ärzten fest, wenn sie auf Patienten mit einem anderen *kulturellen* Hintergrund treffen (vgl. dazu Bermejo et al. in diesem Buch). Die Fähigkeit, sich in die Lebenswelt des Patienten hineinzusetzen und seinen vorherrschenden Leidens- oder Gefühlszustand zu erfassen, wird als *Empathie* bezeichnet und dann, wenn Patienten diese Fähigkeit beim Arzt oder Behandler bemerken, auch positiv gewürdigt. Umgekehrt sind sie unzufrieden und reagieren oft gereizt oder aggressiv, wenn sie diese Fähigkeit vermissen. Empathie erfordert jedoch auch die Fähigkeit, *nicht-verbale* Kommunikationssignale des Patienten zu deuten bzw. selbst nicht-verbal kommunizieren zu können (vgl. Roter et al. 2005).

Schließlich dient Kommunikation der Vermittlung von nützlichen *Informationen* (health literacy), welche die Grundlage bilden für eine gemeinsame Entscheidungsbildung zwischen Arzt und Patient: Dies setzt einen „informierten“ Patienten voraus,

- der bei der Formulierung seiner eigenen Prioritäten bei der Behandlung unterstützt wird
- der in die Lage versetzt wird, einen Gesundheitsprozess selbst zu beobachten und zu steuern
- der im Rahmen einer vorher vereinbarten Rollenverteilung (Arzt, Patient, Familienangehörige, andere Gesundheitsberufe) agieren und rechtzeitig Konflikte identifizieren kann.

Da ein Arzt nur punktuell (Arztbesuch) Einblick in die Lebensführung eines Patienten hat, muss er sich zu einem großen Teil auf das *Selbstmanagement* eines Patienten verlassen können; allein durch gute Ratschläge und ein Rezept wird dies nicht gewährleistet. Vielmehr bedarf es einer Aushandlung auf der Basis der beiderseitigen

gen Prioritäten, um zu einem „Arbeitsbündnis“ zu gelangen (vgl. dazu programmatisch Coulter et al. 2008, sowie Körner & Zimmermann in diesem Buch).

#### 4. Empfehlungen zum Umgang mit „schwierigen“ Patienten in der Literatur

Die in der Literatur formulierten Handlungshilfen für den Umgang mit „schwierigen“ Patienten, welche zum Teil auf Interviews mit angesehenen Experten beruhen (z.B. Elder et al. 2006) setzen auf verschiedenen Ebenen an:

- *Praxismanagement*: Vernetzung mit kommunalen Einrichtungen (Psychiatrie, Sozialarbeit u.ä.), regelmäßige Terminvorgaben, angemessene Zeitvorgaben für die Konsultation, klare Grenzen für die eigene Erreichbarkeit u.ä. (Haas et al. 2005)
- *Kommunikations- und Beziehungsgestaltung*: Rapportbildung, einfühlsames, nicht wertendes Zuhören, Variationen unter Zeitdruck, Senden von Ich-Botschaften, Formulierung von Zielen und Grenzen u.ä. (Haas et al. 2005, Mauksch et al. 2008, Breen & Greenberg 2010)
- *Selbstmanagement*: Akzeptieren von unangenehmen Begegnungssituationen als Bestandteil der eigenen Berufstätigkeit, Akzeptieren von unerklärlichen Symptomen, Reflektion der eigenen Gefühle, Einsatz von Atemtechniken u.ä. (Steinmetz & Tabenkin 2001, Breen & Greenberg 2010, Hoefert 2011).

Nach Elder et al. (2006) lassen sich die von Experten verwendeten Techniken in drei Themenbereiche einordnen: Zusammenarbeit (Prioritätensetzung, Entscheidungsbildung, Beratung des Patienten), angemessener Machtgebrauch (Zeitmanagement, Setzung von Grenzen, Dokumentation) und Empathie (Einnahme der Patienten-Perspektive, Verstärkung von positiven Ansätzen, Wahrung professioneller Distanz). Ergänzend sei hier auf Halpern (2007) verwiesen, die betont, dass Empathie in ihrer Ausrichtung nach außen auch eine gewisse Neugier auf die Andersartigkeit des Denkens und Fühlens von Patienten sowie in ihrer Ausrichtung nach innen ein Registrieren der eigenen Gefühle über die Zeit einschließlich ihrer Veränderungen bei bestimmten Patienten einschließt.

Durchgängig wird in der Literatur schließlich die Diskussion von schwierigen Fällen mit Fachkollegen bzw. die Mitarbeit in einer Balint-Gruppe (vgl. dazu von Elzer in diesem Buch) sowie das Training eigener kommunikativer Fähigkeiten (vgl. dazu Karger in diesem Buch) empfohlen.

Allen am Zustandekommen dieses Buches beteiligten Kolleginnen und Kollegen sei an dieser Stelle für ihre Mitarbeit gedankt, die dazu beitragen soll, dass das „Schwierige“ in der Begegnung mit Patienten als *Herausforderung* und weniger als *Belastung* erlebt wird.

## Literatur

- An, P.G., Rabatin, J.S., Manwell, L.B., Linzer, M., Brown, R.L., Schwartz, M.D. (2009). Burden of difficult encounters in primary care: Data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med*, 169(4), 410-414.
- Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (2012). S3 Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. [www.funktionell.net/download.html](http://www.funktionell.net/download.html).
- Becker, G., Kempf, D.E., Xander, C.J., Momm, F., Olschewski, M., Blum, H.E. (2010). Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital. *BMC Health Serv Res*, 10:94.
- Breen, K.J., Greenberg, P.B. (2010). Difficult physician-patient encounters. *Intern Med J*, 40, 682-688.
- Breuner, C.C., Moreno, M.A. (2011). Approaches to the difficult patient/parent encounter. *Pediatrics*, 127(1), 163-169.
- Carson, A.J., Stone, J., Warlow, C., Sharpe, M. (2004). Patients whom neurologists find difficult to help. *J Neurosurg Psychiatry*, 75, 1776-1778.
- Coulter, A., Parsons, S., Askham, J. (2008). Where are the patients in decision-making about their own care? Genf (World Health Organization).
- Demmel, H.J. (2008). Schwierige Patienten – zum Problem unerkannter psychosomatischer Erkrankungen. In: Hoefert, H.-W. & Hellmann, W. (Hg.). Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg (Economica), 53-78.
- Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., de Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *bmj.com*, 325-472.
- De Zwaan, M., Müller, A. (2006). Doctor shopping: Über den Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten. *Wien Med Wochenschr*, 156(15-16), 431-434.
- Dieterich, A. (2007). Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll. *Dt Ärztebl*, 104(37), A2489-A2491.
- Dugdale, D.C., Epstein, R., Pantilat, S.Z. (1999). Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*, 14(S1), S34-S40.
- Elder, N., Ricer, R., Tobias, B. (2006). How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med*, 19, 533-541.
- Groves, J.E. (1978). Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*, 298(16), 883-887.
- Haas, L.J., Leiser, J.P., Magill, M.K., Sanyer, O.N. (2005). Management of the difficult patient. *Am Fam Phys*, 72(10), 2063-2068.
- Hahn, S.R., Kroenke, K., Spitzer, R.L., Brody, D., Williams, J.B., Linzer, M., deGruy, F.V. (1996). The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med*, 11(1), 1-8.
- Halpern, J. (2007). Empathy and patient-physician conflicts. *Soc Gen Intern Med*, 22, 696-700.
- Henningsen, P. (2010). Der „schwierige“ Patient aus psychodynamischer Sicht. In: Huber, D. & Kraemer, S. (Hg.). Schwierige Patienten in der Psychotherapie. München (CIP), 1-8.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., Satel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomat Med*, 65, 528-533.
- Hinchey, S.A., Jackson, J.L. (2011). A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med*, 26(6), 588-594.
- Hoefert, H.-W. (2011). Umgang mit „schwierigen“ Patienten. In: Hoefert, H.-W. (Hrsg.). Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. Bern (Huber), 97-124.
- Hoefert, H.-W. & E. Brähler (Hrsg.) (2013). Krankheitsvorstellungen von Patienten – Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Lengerich (Pabst).
- Jackson, J.L., Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic. *Arch Intern Med*, 159, 1069-1075.
- Jyväsjarvi, S. (2001). Frequent attenders in primary health care. A cross-sectional study of frequent attenders' psychosocial and family factors, chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health centre. Diss. Univ. Oulu (Finland). <http://herkules.oulu.fi/isbn9514264460/>
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B., Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care. *Soc Sci Med*, 72, 504-512.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G., Schene, A. (2010). Ambivalent connections: a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as 'difficult' by professionals. *BMC Psychiatry*, 10:96.



- Koekkoek, B., van Meijel, B., Hutschemaekers, G. (2006). „Difficult patients“ in mental health care: A review. *Psychiatr Serv*, 57(6), 795-802.
- Krebs, E.E., Garrett, J.M., Konrad, T.R. (2006). The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res*, 6:128.
- Kroenke, K. (2009). Unburdening the difficult clinical encounter. *Arch Intern Med*, 169(4), 333-334.
- Linzer, M., Manwell, L.B., Williams, E.S., Bobula, J.A., Brown, R.L., Varkey, A.B., Man, B., McMurray, J.E., Maguire, A., Horner-Ibler, B., Schwartz, M.D. (2009). Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med*, 151(1), 28-36.
- MacDonald, M.T. (2007). Nurse-patient encounters. Constructing harmony and difficulty. *Adv Emerg Nurs J*, 29(1), 73-81.
- Mathers, N., Jones, N., Hannay, D. (1995). Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract*, 45, 293-296.
- Mauksch, L.B., Dugdale, D.C., Dodson, S., Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter. *Arch Intern Med*, 168(13), 1387-1395.
- McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns*, 63(1-2), 24-28.
- O'Dowd, T.C. (1988). Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*, 297, 528-530.
- olde Hartman, T.C., Hassink-Franke, L.J., Lucassen, P.L., van Spaendonck, K.P., van Weel, C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract*, 10:68.
- Pérez-López, F.R. (2011). Difficult (“heartsink”) patients and clinical communication difficulties. *Patient Intelligence*, 3, 1-9.
- Peteet, J.R., Meyer, F.L., Miovic, M.K. (2011). Possibly impossible patients: Management of difficult behavior in oncology outpatients. *J Oncol Pract*, 7(4), 242-246.
- Peters, S., Rogers, A., Salmon, P., Gask, L., Dowick, C., Towey, M., Clifford, R., Morriss, R. (2008). What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med*, 24(4), 443-449.
- Rosendal, M., Fink, P., Flemming, B., Olesen, F. (2005). Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? *Scand J Prim Health Care*, 23, 3-10.
- Roter, D.L., Frankel, R.M., Hall, J.A., Sluyter, D. (2005). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med*, 21, S28-34.
- Russell, S., Daly, J., Hughes, E., op't Hoog, C. (2003). Nurses and ‘difficult’ patients: negotiating non-compliance. *J Adv Nurs*, 43(3), 281-287.
- Steinmetz, D., Tabenkin, H. (2001). The ‘difficult patient’ as perceived by family physicians. *Fam Pract*, 18(5), 495-500.
- Stewart, P., O'Dowd, T.C. (2002). Clinically inexplicable frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract*, 52, 1000-1001.
- Street, R.L., Haidet, P. (2010). How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. *J Gen Intern Med*, 26(1), 21-27.
- Strous, R.D., Ulman, A.-M., Kotler, M. (2006). The hateful patient revisited: Relevance for the 21st century medicine. *Eur J Intern Med*, 17, 387-393.
- Verhaak, P.F.M., Mejer, S.A., Visser, A.P., Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract*, 23, 414-420.
- Williams, S.L., Haskard, K.B., DiMatteo, M.R. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clin Intervent Aging*, 2(3), 453-467.
- Wilson, H. (2005). Reflecting on the ‘difficult’ patient. *N Zealand Med J*, 118(1212), 1-6.
- Zantige, E.M., Verhaak, P.F.M., Kerssens, J.J., Bensing, J.M. (2005). The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Br J Gen Pract*, 55, 609-614.

# **1. Herausforderungen in der Arzt-Patient-Interaktion**



# Patienten mit nicht hinreichend erklärbaren Körperbeschwerden

*Astrid Sonntag*

## Einleitung

Die Gründe für organisch nicht hinreichend erklärbare Körperbeschwerden können vielfältig sein. Denkbar wäre eine rein psychische oder soziale Bedingtheit der Körperbeschwerden (zum Beispiel eine Persönlichkeitsstörung oder die simple Suche nach Zuwendung und Aufmerksamkeit), ein mitwirkender Einfluss psychosozialer Ursachen oder auch eine tatsächlich nicht entdeckte körperliche Ursache. Diese Bandbreite der Möglichkeiten bringt es mit sich, dass sich Patient und Arzt gedanklich an ganz unterschiedlichen Punkten dieses Kontinuums befinden und sich häufig nicht auf eine gemeinsame Sichtweise des Problems einigen können. In dieser Situation werden beide Seiten enttäuscht; jeder möchte gern, dass der andere doch sein Konzept über die Beschwerden übernehmen möge. Der Patient, welcher dem möglicherweise angemessenen Konzept des Arztes nicht erwartungsgemäß folgt, hinterlässt einen anspruchlichen, unkooperativen und schwierigen Eindruck. Der Arzt, der es ablehnt, dem Krankheitskonzept des Patienten weiter nachzugehen, wird als inkompetent und uneinfühlsam bezeichnet. Naheliegenderweise wird dann ein nächster Arzt konsultiert oder der gleiche Arzt wiederholt mit neuen Darstellungen körperlicher Beschwerden konfrontiert. Patienten mit unklaren Körperbeschwerden nehmen das Gesundheitssystem vielfältig und kostenintensiv in Anspruch. Der Umgang mit ihnen erscheint als „nervig“ und „schwierig“. Im vorliegenden Kapitel wird überwiegend auf die Thematik der Mitbeteiligung psychischer und sozialer Gründe an unklaren Körperbeschwerden Bezug genommen. Dabei ist der Übergang von „psychischer Mitbeteiligung“ und dem Vorliegen psychiatrischer Auffälligkeiten bei Patienten fließend.

## 1. Begriffe

Körperliche Symptombilder, für die maßgeblich eine psychische Ursache, weniger oder gar nicht aber eine somatische Ursache vermutet wird, werden nicht einheitlich bezeichnet. Häufig verwendet werden die Begriffe „funktionelle“ oder „somatoforme“ Körperbeschwerden bzw. Störungen, wobei der Begriff „funktionelle Störung“ in der Praxis mehr akzeptiert zu sein scheint und häufig auch auf ein spezielles Organsystem bezogen wird (z.B. Reizdarmsyndrom oder Spannungskopfschmerz). „Somatoform“ bedeutet, dass der Patient eine körperliche Ursache für seine Symptome vermutet, diese aber nicht oder noch nicht nachweisbar ist. Bei der Wahl der Begriffe steht immer vor allem die Frage nach der *organischen* Er-

klärbarkeit der Beschwerden im Vordergrund, eine Frage, welche zumeist nicht vollständig aufklärbar ist. Einer solchen Diagnose ist daher eine gewisse Trostlosigkeit immanent. Dies hat zur Folge, dass schon allein die Begriffsverwendung Frustration auslöst. Man kann es daher als gesunden Impuls betrachten, eine derartige Diagnose (und damit allerdings auch psychische Ursachen) von sich zu weisen. Wer möchte schon etwas haben, bei dem man am Ende immer ratlos zurückbleibt.

Hauptcharakteristikum somatoformer Störungen ist die Darbietung körperlicher Symptome, die nicht adäquat auf der körperlichen Ebene begründet werden können. Es kann sich dabei um Körperbeschwerden handeln, für die überhaupt kein organisches Korrelat diagnostizierbar ist, oder auch um Körperbeschwerden, die nur unzureichend mit organischen Befunden erklärt werden können, wobei letzteres der häufigere Fall ist, da die technischen Methoden der Diagnostik gerade im Bereich bildgebender Verfahren und der genetischen Diagnostik sehr große Fortschritte genommen haben. Wiederum würde auch ein pathologischer Organbefund nicht sogleich das Vorhandensein einer psychischen Thematik bzw. einer funktionellen Störung ausschließen. Denn häufig bedingen und verstärken sich organische und somatoforme Störungen wechselseitig.

Entsprechend der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV liegt eine somatoforme Störung vor, wenn eine oder mehrere Körperbeschwerden, für die kein hinreichendes organpathologisches Korrelat gefunden wird, über mindestens ein halbes Jahr andauern und zu einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen (Dilling et al. 2011; Saß et al. 2011). Die Terminologie und die Kriterien der somatoformen Störung und ihrer Subkategorien sind umstritten und werden auch aktuell weiterentwickelt. In der Praxis findet dies Ausdruck in den sehr verschiedenen Klassifikationen der Patienten, die möglicherweise auch stark mit den Spezialisierungen der Ärzte und deren Erklärungsmodellen für das Beschwerdebild assoziiert sind.

Patienten mit einer somatoformen Störung sind überwiegend gegen eine psychische Erklärungsursache eingenommen und suchen wiederholt die Aufmerksamkeit des Arztes, häufig indem sie hartnäckig weitere medizinische Untersuchungen einfordern. Als wichtige Kriterien werden also eine längere Dauer der Beschwerden, die subjektive Beeinträchtigung des Befindens und eine spezifische subjektive Interpretation der Symptomatik durch den Patienten angesehen.

Der Begriff „Somatisieren“ beschreibt schlicht den vermehrten Ausdruck körperlicher Beschwerden. Historisch wurde der Begriff „Somatisierung“ aber benutzt, um die Ausbildung körperlicher Symptome bei unverarbeiteten psychischen Konflikten, quasi im Sinne eines Abwehrmechanismus zu bezeichnen. Diese ausschließliche Reduzierung unklarer körperlicher Beschwerden auf psychogene Ursachen ist nicht mehr aktuell und würde eher auf das eine Ende des Kontinuums abheben, an dem ausschließlich psychische Ursachen beim Patienten für die Körperbeschwerden angenommen werden.