

Pierre Loeb, Präsident SAPP

WWZ (was wirkt zuverlässig) bei «schwierigen» Patienten



Wir alle kennen die sogenannten «schwierigen» Patienten, die ein Gefühl der Frustration oder Abneigung in uns wecken, wenn wir schon nur deren Namen auf dem Tagesplan entdecken. Die meisten Forschungsprojekte in diesem Bereich konzentrieren sich auf der Beschreibung dieser Patienten, helfen uns aber nicht, das Management oder den Umgang mit ihnen wirklich zu verbessern. Diese Arzt-

Patienten-Beziehungen sind besonders anfällig für Komplikationen, emotionale Ausbrüche oder gegenseitige Enttäuschung. Sie führen oft zu Abbrüchen mit einer weiteren Schleife von Doktor-Shopping. Mein Lehrer Dieter Beck prägte den Begriff des *Koryphäen-Killer-Syndroms* [1] und beschrieb damit, wie der nächste Arzt genau gleich von seinem Sockel gerissen wurde, nachdem er den überhöhten Erwartungen des Patienten schliesslich nicht genügen konnte.

In einer Studie von 2006 [2] untersuchten die Autoren des Departments of Family Medicine der University of Cincinnati, welche Vorgehensweisen wirksam waren und den Ärzten erlaubten, diese schwierigen Patienten zu behandeln und dank «*best practice*» dennoch selbst bei Laune zu bleiben. Vier Bereiche wurden genauer untersucht: die Art der Interaktionen, die alle Beteiligten schwierig fanden; die angewandten Management- und Coping-Strategien; Gründe, die diese Begegnungen schwierig erscheinen liessen und die emotionale Reaktion der Ärzte.

Als schwierige Patienten werden Patienten erlebt, die trotz aller Bemühungen krank bleiben, solche, die fordernd oder sonst unkooperativ, manipulativ und trotzdem anspruchsvoll sind. Dies betrifft vor allem Patienten mit schlecht fassbaren Problemen wie multiplen, chronischen Schmerzen, Sucht und Medikamentenabusus sowie diejenigen mit psychiatrischen Begleitkrankheiten. Auf der anderen Seite sind besonders unerfahrene Ärzte mit wenig beruflicher Zufriedenheit und Selbstvertrauen gefährdet.

Worin besteht nun diese «*best practice*»? Die Autoren heben drei Kategorien hervor: Zusammenarbeit, Empathie und den angemessenen Umgang mit Macht. Hinzu kommen Strategien, eine Arbeitsbeziehung *lege artis* zu beenden, wenn alle anderen Massnahmen fehlschlagen.

Zur Zusammenarbeit und Empathie gehört die gemeinsame Erstellung von Prioritäten (Agenda: «... heute haben wir 20 Minuten Zeit und werden uns nur mit den Punkten 3 und 5 befassen können ...»), die Festlegung realer Ziele und Erwartungen: «... eine Gewichtsreduktion von 10% im Laufe eines Jahres ist ein enormer Erfolg». Weiter sollen diagnostische Untersuchungen mit direktem

körperlichem Bezug, «Be-Hand-lungen» durchgeführt werden, um spürbar am Problem zu arbeiten. Unverzichtbar ist die (erneute) ausführliche Erhebung der Kranken- und Familiengeschichte mit den notwendigen Abklärungen sowie allfälligem Zuzug von Spezialisten.

Nach der sorgfältigen und ehrlichen Aufklärung des Patienten folgt die gemeinsame Entscheidungsfindung (*decision making* und *informed consent*). Dies soll zu einem Coaching führen, wo der Patient zunehmend selbst Verantwortung übernimmt und dennoch spürt, dass ein ermutigendes Teamwork von Arzt und Patient ihn unterstützt.

Durchsetzungskraft (*power*) ist notwendig, um Regeln und Grenzen einzuhalten (regelmässiges Einbestellen und Einhalten der Termine (auch wenn es dem Patienten nicht gut geht!), Bezahlen der Rechnungen, Einhalten von Abmachungen betreffend Compliance oder Hausaufgaben usw.).

Interessanterweise gibt es auch nach einer schwierigen Entwicklung oder einem Zusammenprall zwischen Arzt und Patient oft die Chance für einen Neubeginn. Dadurch, dass der Arzt darauf besteht, auf die für beide Seiten schwierigen Gefühle der letzten Sitzung ehrlich einzugehen, kann sich durchaus eine zweite Chance ergeben. Dazu helfen besseres Zeitmanagement, Verständnis für das Autonomiebedürfnis des Patienten, Vertrauen in die Beziehung und die bisher gemeinsam geleistete Zusammenarbeit.

Ein zentraler Punkt betrifft das Verständnis des Arztes für seine eigenen Gefühle von Hilflosigkeit, Wut oder Ressentiments. Balintgruppen, Super- und Intervisionen, wie in gewissen Qualitätszirkeln durchgeführt, können hierbei sehr hilfreich sein und auch das Selbstvertrauen des Arztes in seine Professionalität stärken.

Unter «PrimaryTeaching&Learning» finden Sie in dieser Nummer weitere Studien zu psychosomatischen Untersuchungen. Die Zusammenfassungen sollen auf den Inhalt aufmerksam machen, sie ersetzen aber niemals die Lektüre der Original-Arbeit. Wir danken den Dozenten des Basler Instituts für Psychosomatische Medizin (www.psychosomatik-basel.ch) für die Einwilligung, diesen Newsletter in PrimaryCare zu publizieren.

Literatur

- 1 Beck D. Das Koryphäen-Killer-Syndrom. Dtsch Med. Wochenschr. 1977;102:303-7.
- 2 Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. JABFM 2006;19(6).

Zusammenarbeit,
Empathie und
Durchsetzungskraft
helfen im Umgang
mit «schwierigen»
Patienten.
