

Eine gar nicht so einfach zu beantwortende Frage:

Wer oder was ist schwierig, der Patient, der Arzt oder das Gespräch?

Alexander Kiss

Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Die meisten Ärzte haben schwierige Patienten. Wenn man sie fragt, warum diese Patienten für sie schwierig sind, wie sie mit diesen Patienten umgehen, womit sie erfolgreich sind und woran sie scheitern, dann werden ganz unterschiedliche Geschichten erzählt. So reich und vielfältig ihre Erzählungen sind, so spärlich ist die dazu vorhandene wissenschaftliche Literatur.

Wenn man die Stichwörter «*difficult patient*» und «*difficult patient encounter*» in Pubmed eingibt, dann findet man überraschend wenig Literatur zu diesem Thema. Den gefundenen Beiträgen lassen sich drei Fragen zuordnen:

- Was sind Charakteristika von schwierigen Patienten?
- Was sind Charakteristika von Ärzten, die viele schwierige Patienten haben?
- Was kann man tun bei Gesprächen mit schwierigen Patienten?

Was sind Charakteristika von schwierigen Patienten?

Schwierige Patienten unterscheiden sich von nicht schwierigen Patienten darin, dass sie deutlich mehr körperliche Symptome haben, häufiger über erhöhten psychosozialen Stress klagen und oft unter einer psychischen Komorbidität (Depression oder Angststörung) leiden [1, 2]. Nicht so offensichtlich ist, dass diese Patienten oft einen anderen Bindungsstil haben als andere Patienten. Der Bindungsstil wird früh in der Kindheit festgelegt, ist stabil über die Zeit und ist empirisch gut mit dem *Strange Situation Test* (Ainsworth) überprüfbar. Dabei wird das Verhalten von Kleinkindern nach Trennung und Wiederkehr der Mutter beobachtet, und ihr Bindungsstil beurteilt. Für Erwachsene gibt es standardisierte Fragebögen. Schwierige Patienten leiden häufiger unter einem «unsicheren Bindungsstil» als nicht schwierige Patienten. In einer Untersuchung [3] füllten die Patienten auf der Notfall-

station einen Fragebogen zu ihrem Bindungsstil aus. Davon unabhängig beurteilten die Ärzte, wie schwierig sie den jeweiligen Patienten fanden. Die von den Ärzten als schwierig bezeichneten Patienten waren häufiger Patienten mit unsicherem Bindungsstil als die nicht schwierigen Patienten, die einen sicheren Bindungsstil angaben.

Was sind Charakteristika von Ärzten, die viele schwierige Patienten haben?

Im Durchschnitt bezeichnen Ärzte 10–15% ihrer Patienten als schwierig. Ärzte, die ihre eigene psychosoziale Kompetenz als niedrig einschätzen, haben deutlich mehr schwierige Patienten als Ärzte, die sich in diesem Bereich kompetent fühlen. Ärzte, welche die Belastung durch schwierige Gespräche in der Hausarztpraxis als besonders hoch angeben, sind jünger, mehr Frauen und mehr Spezialisten [4]. 2006 wurden 1300 Haus- und Spezialärzte gefragt, wie hoch der Prozentsatz ihrer Patienten ist, die sie als «*generally frustrating to deal with*» ansehen [5]. Der Prozentsatz von schwierigen Patienten schwankte zwischen 0 und 100%. Vergleicht man jene Ärzte, die weniger als 20% ihrerer Patienten als frustrierend angeben mit jenen, die mehr als 20% ihrer Patienten als frustrierend empfinden, so sind diese Ärzte jünger, geben mehr Stressbelastung an, arbeiten länger und haben mehr Patienten mit psychosozialen Problemen.

Dieser Artikel basiert auf einem Referat, das im Rahmen des JHaS-Kongresses 2016 stattfand.

Was kann man tun bei Gesprächen mit schwierigen Patienten

Es ist wichtig zu wissen, dass schwierige Patienten ihre Hausärzte in ihren diagnostischen Fähigkeiten einschränken, und die Ärzte länger brauchen, um zu einer Diagnose zu kommen als wenn sie «normale» Patienten behandeln [6, 7].

Was tun? Mit 102 besonders erfahrenen Hausärzten wurden individuelle Gespräche zum Thema Umgang mit schwierigen Patienten geführt [8]. Die Ärzte wurden aufgefordert den Patienten zu beschreiben, den sie am wenigstens gerne sehen, bzw. bei dem sie «zusammenzucken», wenn sie seinen Namen auf der Behandlungsliste lesen. Zusätzlich wurden die Ärzte gefragt, was sie tun, um bei solchen Patienten gesund zu bleiben, ohne eine adäquate Betreuung für diesen Patienten zu vernachlässigen. Bestimmte Patientenverhaltensmuster wie zum Beispiel Beschwerden ohne Befund, Ignorieren von Problemen, Noncompliance und forderndes Verhalten machen Patienten schwierig für den betreuenden Arzt. Das gilt auch für medizinische Probleme wie beispielsweise viele unterschiedliche Beschwerden, chronische Schmerzen und psychiatrische Probleme. Das Gespräch war für die Ärzte dann schwierig, wenn sie in Konflikt mit den eigenen professionellen Standards kamen, sich vom Patienten ausgenutzt fühlten, in Zeitnot kamen und der Patient die Agenda bestimmte.

Hilfreiche Strategien, die sich im Umgang mit schwierigen Patienten bewährten, waren Priorität und Struktur bestimmen, klar erreichbare Ziele definieren, Patienten häufiger zu vorbestimmten Terminen einbestellen, für Patienten Anliegen mehr Zeit einräumen, aber auch Grenzen festlegen, und wenn diese vom Patienten nicht respektiert wurden, die Betreuung des Patienten beenden.

Die klinischen Empfehlungen für den Umgang mit schwierigen Patienten finden sich auf dem Niveau von Expertenmeinungen und nicht auf Basis klinischer Studien [9]. Wie schon wiederholt dargestellt wird empfohlen, klare Grenzen zu setzen, die Patienten häufiger zu sehen, aber an den Zeitlimits strikt festzuhalten. Empfehlenswert ist auch, seine eigenen Befindlichkeit wahrzunehmen.

Wichtig ist die Diagnose und Therapie der häufigen psychischen Komorbidität. Bei Patienten mit somatoformen Störungen sollte man nach einem möglichen Trauma oder sexuellem Missbrauch suchen. Gesprächstechniken aus dem *Motivational Interviewing* sind im Umgang mit schwierigen Patienten hilfreich.

Fazit für die Praxis

In einer randomisierte Studie mit schwierigen Patienten wurde untersucht, ob Ärzte in der Interventionsgruppe zufriedener mit der Konsultation sind als die in der Kontrollgruppe [10].

Worin bestand die Intervention?

Unmittelbar vor der Konsultation beantworteten sie folgende Fragen:

1. Welche (Vor)urteile haben Sie gegenüber diesen Patienten?
2. Warum ist der Patient schwierig für Sie?
3. Was wollen Sie heute erreichen?
4. Denken Sie sich eine Frage aus, die Sie stellen könnten, um Ihre Vorurteile weiter zu überprüfen.
5. Bevor Sie den Konsultationsraum betreten, atmen Sie dreimal tief ein und aus.

Nach der Konsultation:

1. Aus der Sicht des Patienten: Was war seine Agenda? Aus eigener Sicht: Haben Sie Ihre eigene Agenda erfüllt? Wenn nein, wie geht es Ihnen?
2. Haben Sie irgendetwas Unerwartetes gelernt?
3. Schreiben Sie eine Sache auf, die Sie klären, wenn Sie den Patienten wiedersehen.

Die Ärzte in der Interventionsgruppe waren signifikant zufriedener mit der Konsultation als die Kontrollgruppe. Bemerkenswert ist, dass Ärztinnen von dieser Intervention nicht profitierten.

Literatur

- 1 Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2011;26:588–94.
- 2 Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999;159:1069–75.
- 3 Maunder RG, Panzer A, Viljoen M, et al. Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style. *Social science & medicine* (1982). 2006;63:552–62.
- 4 An PG, Rabatin JS, Manwell LB, et al. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med.* 2009;169:410–4.
- 5 Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:128.
- 6 Mamede S, Van Gog T, Schuit SC, et al. Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: a randomised experiment. *BMJ Qual Saf.* 2016.
- 7 Schmidt HG, van Gog T, Ce Schuit S, et al. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Qual Saf.* 2016.
- 8 Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:533–41.
- 9 Cannarella Lorenzetti R, Jacques CH, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician.* 2013;87:419–25.
- 10 Edgoose JY, Regner CJ, Zakletskaia LI. BREATHE OUT: a randomized controlled trial of a structured intervention to improve clinician satisfaction with «difficult» visits. *J Am Board Fam Med.* 2015;28:13–20.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Alexander Kiss
Universitätsspital Basel
Psychosomatik
Hebelstrasse 2
CH-4031 Basel
alexander.kiss[at]usb.ch