

„Schwierige“ Patienten

Welche Menschen man als schwierig empfindet, hängt auch von den Umständen, der eigenen Person und Tagesform ab. Ist man sich bewusst, was genau einen „auf die Palme bringt“, kann man besser damit umgehen. Trotzdem darf man das Verhalten der Patienten hier und da kritisieren – aber nicht mit dem verbalen Holzhammer.

Schwierige Patienten sind – allgemein gesagt – solche, die negative Gefühle bei ihrem Gegenüber auslösen: Ärger, Frust, Wut, Überforderung oder Hilflosigkeit. Man empfindet einen inneren Widerstand gegenüber ihrem Verhalten, das man für ungerechtfertigt oder inadäquat hält [1].

Nicht jeder findet die gleichen Personen schwierig Diese Definition macht klar: Es gehören immer zwei dazu, damit jemand zu einem schwierigen Patienten wird – oder es bleibt. Den einen Arzt nervt es z. B. besonders, wenn jemand ständig abschweift, ohne Punkt und Komma redet und Fragen nicht beantwortet. Ein anderer kann damit gut umgehen, ärgert sich aber über Patienten, die jungen Ärzten prinzipiell die Kompetenz absprechen.

Schwieriger Patient oder schwierige Beziehung?

Patient kann erklärbare Gründe haben Man muss ein solches Verhalten des Patienten zwar nicht unbedingt gutheißen. Aber: Als Arzt sind Sie normalerweise nicht für Urteile zuständig, sondern z. B. für Diagnose und Therapie. Im Idealfall bringt das Gespräch sogar plausible Gründe für die Verhaltensweisen ans Licht: Erfährt man etwa, dass der Patient seinen letzten Klinikaufenthalt in schlimmer Erinnerung hat oder gerade von einem privaten Problem erfahren hat, kann man seine Reaktionen oft schon besser nachvollziehen.

„Bei Aufklärungen für Untersuchungen oder Therapien finde ich Patienten am schwierigsten, die schlechte Erfahrungen gemacht haben. Hier versuche ich, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Berichtet z. B. ein Patient, dass er ‚stets mehrfach, häufig ohne Erfolg gestochen‘ wurde, lege ich die Nadel selbst und ggf. gleich Ultraschall-gestützt. Wenn das auf Anhieb gelingt, wird er mir auch eher glauben, dass die Behandlung wenig schmerzhaft ist und die Risiken selten sind.“

Assistenzarzt Radiologie und Nuklearmedizin, Magdeburg

Nicht nur in der Psychiatrie: Vorsicht vor Übertragung Vielleicht erinnern Sie den Patienten aber auch nur an einen unbeliebten Mathe-Lehrer – Psychologen nennen das Übertragung. „Dann sind Sie schon unten durch, bevor Sie das erste Wort gesagt haben“, erklärt Gert Kowa-

rowsky. Er ist Psychologischer Psychotherapeut in Bad Steben und gibt u. a. Seminare für den Umgang mit schwierigen Patienten. Solche unbewussten Übertragungen kann man leider nicht verhindern. Manchmal sind sie aber auch vorteilhaft: „Einmal sah mich ein neuer Patient vor der Praxis aus dem Auto aussteigen“, erzählt Kowarowsky. „Weil ich dabei einem seiner Bekannten ähnlich sah, hatte ich schon gewonnen.“

Der Patient – ein Omnibus? Auch eine weitere Idee aus der Psychologie kann hilfreich sein: Machen Sie sich bewusst, dass der Patient keine starre, unveränderliche Persönlichkeit ist – sondern eher eine Ansammlung von Teilpersönlichkeiten. Kowarowsky beschreibt dies anschaulich als Omnibus: „Mal sitzt z. B. der Unbeschwerte am Lenkrad, mal der Sorgenvolle. Mal steuert der Entspannte, mal der Wütende. Vielleicht bestimmt der Fahrer allein, wohin die Reise geht, vielleicht wird demokratisch entschieden.“

Der Arzt kann sich daher sagen: Wer da gerade als schwieriger Patient vor ihm sitzt, ist vielleicht morgen wieder ein kompetenter Programmierer, ein begeisterter Hobby-Schlagzeuger oder ein einflussreicher Großvater.

Auch der Arzt ist nur ein Mensch Das Gleiche muss sich der Arzt aber auch selbst zugestehen: „Sie müssen sich nicht auf ein starres Selbstkonzept festlegen“, sagt der Psychologe Kowarowsky. „Sie brauchen keine Gefühle oder Gedanken ausblenden.“ Im Gegenteil: „Je mehr Persönlichkeitsanteile – auch unangenehme – Sie bei sich entdecken und eingestehen können, desto besser.“ Sie sind zwar meist der verständnisvolle Arzt, aber auch z. B. der schüchterne Denker oder die Stim-

mungskanone auf dem Fußballplatz. Und wenn ein Patient Sie an jemand Unliebsames erinnert, sind auch Sie vor Übertragungen nicht gefeit und damit evtl. voreingenommen. Ist man sich dessen bewusst, kann man „schwieriges“ Verhalten bei sich selbst besser kontrollieren.

„Umerziehen“ ist selten möglich In Ihrer begrenzten Zeit können Sie den Patienten nicht umerziehen – und müssen es auch nicht. Problematisch sind daher starre Überzeugungen wie „Er muss sich doch helfen lassen“ oder „Ich weiß doch, was gut für ihn ist“: „Ihre Aufgabe ist es, Hilfe anzubieten“, sagt Kowarowsky. „Der Patient muss sie nicht annehmen, er darf misstrauisch und uneinsichtig sein – und sollte sich trotzdem als Person geachtet fühlen.“

„Zu einer Borderline-Patientin, die sich ordentlich geschnitten hatte, habe ich einmal im Ärger gesagt: ‚Musste das jetzt sein?‘ Blöde Frage, sonst hätte sie es ja nicht gemacht. Aber wir sind auch nur Menschen. Die professionelle Herangehensweise ist natürlich, der Selbstverletzung so wenig Aufmerksamkeit wie möglich zu schenken. Unaufgeregt legt man einen Verband an oder schickt die Patienten zum Nähen – und bespricht mit ihnen, wie sie beim nächsten Mal gegensteuern können.“

Assistenzärztin Psychosomatik, Göppingen

Nicht vorschnell als gestört abstempeln Man kann zwar davon ausgehen, dass ein Teil der „schwierigen“ Patienten auch psychische Auffälligkeiten zeigt, z. B. Persönlichkeitsstörungen (► Infokasten). Für den Umgang mit ihnen sollte das aber – zumindest für Nicht-Psychiater – weniger relevant sein. „Auf keinen Fall sollten Sie vorschnell eine Persönlichkeitsstörung oder gar eine psychische Störung diagnos-

Persönlichkeitsstörungen

Die 12 häufigsten Persönlichkeitsstörungen (nach [3]):

- ▶ paranoid (fanatisch, querulantisch, rechthaberisch)
- ▶ schizoid (soziale Isolation)
- ▶ schizotypisch (soziales Unbehagen, Verzerrungen in Denken und Wahrnehmung)
- ▶ dissozial (fehlende Schuldgefühle, Störungen der Impulskontrolle)
- ▶ emotional instabil, Borderline (Identitätsstörungen, Störungen der Affektkontrolle)
- ▶ histrionisch (oberflächlich, emotionalisierend)
- ▶ narzisstisch (Mangel an Empathie, überempfindlich bei Kritik)
- ▶ ängstlich-vermeidend (schüchtern, fehlende soziale Kompetenz)
- ▶ dependent (unterwürfig, entscheidungsunfähig)
- ▶ zwanghaft (rigide, starrer Perfektionismus)
- ▶ passiv-aggressiv und negativistisch (passiv, widerständig, aggressiv)
- ▶ depressiv (hoffnungslos, selbstabwertend)

tizieren“, warnt Kowarowsky. „Sie verengen damit Ihr Blickfeld und stecken den Patienten in eine Schublade – oft erfüllt sich eine bestimmte Zuschreibung sogar erst dadurch.“

Als Arzt sollten Sie die Bedürfnisse des Patienten in Erfahrung bringen und – unter Berücksichtigung dieser – versuchen, Ihr eigenes Ziel zu erreichen (Anamnese, Aufklärung, Behandlungsvereinbarung o. ä.).

Persönlichkeit, Handlungen, Motive
Schaut man genauer hin, was einen bei einem schwierigen Patienten stört, ist es oft auch gar nicht seine Persönlichkeit im engeren Sinn, sondern

- ▶ sein Verhalten in einer konkreten Situation (aufbrausend, mürrisch, theatralisch etc.) oder
- ▶ seine – vermeintlichen – Motive.

„Natürlich fällt mir die Behandlung leichter, wenn ich denke, der Patient ist ernsthaft an seiner Heilung interessiert“, gibt der Psychotherapeut zu. „Wenn ich dagegen denke, der will sowieso nur krankgeschrieben werden, bin ich selbst auch weniger freundlich.“ Genauso kann der Arzt sein eigenes Auftreten aufschlüsseln in Persönlichkeit, Handlung, Motiv. Wirken Sie manchmal schroff? Merkt man Ihnen an, wenn Sie unter Zeitdruck stehen oder sich mit Kollegen gestritten haben? Können Ihre Patienten den Eindruck bekommen, sie seien ein „Störfaktor“ in den optimierten Arbeitsabläufen des Krankenhauses? Hier kann evtl. schon eine Erklärung helfen.

„Manche Patienten verheimlichen ihren Zustand oder wollen ihn nicht wahrhaben: Ein älterer Patient kam zur Prämedikation für eine Prostataresektion. Er hatte einen Blasenkatheter, den Beutel hielt er in der Hand. Trotzdem behauptete er, täglich 30 min zu joggen – trotz seiner Herzerkrankung. Deren Namen kannte er allerdings nicht genau. Er war adipös, atmete schnell und sah auch nicht ganz rosig im Gesicht aus. Ich hatte mehrmals nach und warf noch einen Blick in den Computer: Tatsächlich hatte er eine hochgradige dilatative Kardiomyopathie und weitere schwere Vorerkrankungen. Anästhesieprotokoll und Risikoaufklärung musste ich neu schreiben.“
Assistenzärztin Anästhesie, Biberach

Nehmen Sie den Platz des Patienten ein – ganz wörtlich Auch Äußerlichkeiten können die Stimmung der Patienten trüben: „Setzen Sie sich einfach mal auf den Stuhl des Patienten oder legen sich in ein Bett auf Station“, rät Kowarowsky. „Sieht man schön aus dem Fenster oder nur auf die nackte Wand? Stört das Kabelgewirr unter dem Schreibtisch? Zieht es im Nacken?“ Dies lässt sich vielleicht problemlos beheben.

Gesprächsführung für Fortgeschrittene

Vorsicht beim Reden über den Patienten
Ein „schwieriger“ Patient wird manchmal auch erst im Team dazu gemacht. Für Kowarowsky ist hier z. B. die Schichtübergabe kritisch: „Wenn ich höre, in Zimmer 116 haben wir so eine Schrulle reinbekommen – da verdrehe ich schon beim Zuhören die Augen. Beschreiben die Kollegen die Patientin dagegen als etwas verwirrt, aber ganz goldig, gehe ich viel freundlicher in ihr Zimmer.“ Vorsicht also bei derartigen Kommentaren: Ihr schwieriger Patient ist für andere vielleicht eine liebenswerte Person.

Grundregeln der Kommunikation besonders ernst nehmen Bei schwierigen Patienten sollte man ganz besonders auf die üblichen Gesprächsregeln achten (s. Lege artis 1/2011, 3/2012):

- ▶ geeigneter Rahmen (Ort, Zeit etc.)
 - ▶ Ziel und Struktur des Gesprächs erklären (Anamnese, Aufklärung für OP, Entscheidung über Therapie etc.)
 - ▶ einfache, klare Sprache verwenden
 - ▶ aktiv zuhören, Wiederholen in eigenen Worten
 - ▶ nonverbale Äußerungen des Patienten beachten, ggf. seine offensichtlichen Emotionen ansprechen: „Sie wirken ängstlich/betroffen/ungläubig. Was ist mit Ihnen?“ [1]
 - ▶ Empathie zeigen, authentisch sein
 - ▶ Ich-Aussagen nutzen
 - ▶ den Patienten in Entscheidungen einbeziehen
 - ▶ Verständnis prüfen
- Cave: Manche Patienten sind nicht gewohnt, über ihre Gefühle zu reden und reagieren z. B. aufbrausend. Dann kann es sinnvoll sein, auf der Sachebene zu bleiben bzw. auf sie zu wechseln – auch wenn man Emotionen deutlich wahrnimmt [2].

Fragen für besseres Verständnis Hinter unangemessenem Verhalten können durchaus verständliche Ängste, Bedürfnisse oder Überzeugungen stehen. Der Arzt sollte versuchen, diese zu erkennen – oder vorsichtig zu erfragen:

- ▶ „Sagen Sie ruhig, wenn es Ihnen zu viel wird.“
- ▶ „Darf ich fragen, wo Sie gerade gedanklich sind?“
- ▶ „Ist etwas vorgefallen, was Sie bedrückt?“
- ▶ „Mir fällt auf, dass wir immer wieder vom Thema OP abschweifen.“ [2]
- ▶ „Ich habe den Eindruck, Sie reagieren sehr zögerlich auf den Vorschlag, Antibiotika zu nehmen.“ [2]

Schauen Sie auch nicht nur auf die Defizite: „Versuchen Sie, den Patienten so oft wie möglich dabei zu ‚erwischen‘, wenn er sich akzeptabel verhält“, empfiehlt Kowarowsky. „Kommunizieren Sie öfter mit diesen angenehmeren Persönlichkeitsanteilen.“

Kritik ernst nehmen, nicht sofort verteidigen Auch bei scheinbar ungerechtfertigter Kritik sollten Sie zunächst zuhören: Ein Patient, der sich lang und breit über die Wartezeit oder das Klinikessen beschwert, versucht vielleicht, dem belastenden Gedanken an die ausstehenden Befunde auszuweichen. Dann kann man die zugrundeliegende Thematik empathisch ansprechen:

- ▶ „Ja, das Warten ist kaum noch auszuhalten ... Da sollte alles andere drum herum wirklich passen.“ [2]
- Statt sich oder die Klinik zu verteidigen, bringt es meist mehr, den Ärger auslaufen zu lassen und vorsichtig zu beschwichtigen (s. auch ◊ Tab. 1):
- ▶ „Ja, das ist ein Problem heutzutage.“ [2]
 - ▶ „Ich verstehe, dass Sie so denken.“ [1]
 - ▶ „Ich habe mich leider unklar ausgedrückt.“ [1]

Damit nehmen Sie dem Patienten Wind aus den Segeln.

„Sie laden sozusagen einen versöhnlicheren Persönlichkeitsanteil ein, das Steuer des Omnibusses zu übernehmen“, erläutert Kowarowsky. „Dann kann Rambo den Platz abgeben.“

„Schwierig war vor Kurzem ein aggressiver Maniker. Ich versuchte, die Lage aus seiner Sicht darzustellen: ‚Ich verstehe, dass Sie sich als gesund betrachten und hier raus wollen. Ich darf Sie aber nicht gehen lassen, nachdem Sie nackt in der Fußgängerzone und sehr aufdringlich gegenüber Frauen waren. Sie sollten jetzt Medikamente nehmen, um wieder gesund zu werden. Sie kennen diese Phasen doch von früher – anders geht es nicht.‘ Leider hat es nichts genützt: Der Patient wurde immer aggressiver und bewaffnete sich mit einer Holzlatte. Ich musste die Polizei rufen.“
Assistenzarzt Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart

Und wenn man sich wirklich ärgert?

Eigene Emotionen nicht unterdrücken
Die negativen Emotionen, die man gegenüber schwierigen Patienten empfindet, sollte man nicht als Wutausbruch oder Beschimpfungstirade „herauslassen“. Sie zu unterdrücken, hilft aber auch nicht! Besser ist, sie bewusst wahrzunehmen. „Manche spüren z.B. einen Druck im Magen oder bekommen feuchte Hände, wenn ein Gespräch schwierig wird“, sagt Kowarowsky. Fragen Sie sich dann: Was genau stört mich jetzt? Warum geht es in meinen „roten Bereich“? Unter Umständen können Sie Ihre Emotionen dem Patienten gegenüber auch offen zugeben:

- ▶ „Sie haben gerade gesagt ... Das wundert mich, denn ...“
- ▶ „Ich werde ganz ungeduldig.“

Eine solche Selbstoffenbarung macht nicht nur die Beziehung persönlicher: Der Patient kann dann evtl. leichter seine eigenen Probleme ansprechen („Ich habe das Gefühl, Sie nehmen mich nicht ernst“).

Situation mit Abstand betrachten
Mitunter hilft es einem selbst, ein unerfreuliches Gespräch von außen zu betrachten – als würde es sich auf einer Bühne abspielen. Das sorgt für inneren Abstand, und über manches kann man evtl. sogar lachen. Kowarowsky sagt sich in solchen Augenblicken manchmal: „Er ist nicht schwierig – er lässt nur mal wieder seinen schwierigsten Busfahrer ans Steuer!“

„Gewaltfrei“ kommunizieren Wenn Sie Emotionen oder Verhaltensweisen des Patienten ansprechen, die Sie unangebracht finden, sollte er sich dadurch nicht angegriffen fühlen. Hilfreich dafür sind evtl. die Regeln gewaltfreier Kommunika-

Konflikte deeskalieren mit dem CALM-Modell

1. Aggressionen wie eine Welle auslaufen lassen, Schwierigkeiten des Patienten erkennen, mögliche Fehler eingestehen bzw. erklären:
 - ▷ „Das tut mir leid ... Wollen wir uns nicht erstmal setzen? Sie hatten vorhin gefragt ...“
 - ▷ Falsch wäre: „Das ist doch nicht so schlimm.“
2. gezeigte Emotionen benennen, auch wenn das zu einem neuen Ausbruch führt:
 - ▷ „Sie sind wütend / verärgert / enttäuscht.“
3. auf Selbstoffenbarung des Patienten konzentrieren, Sorgen oder Angst aufgreifen:
 - ▷ „Ich höre, Sie sind sehr entrüstet ... Sie haben auch Angst, wie es weitergeht ...“
4. klären, wie man gemeinsam weitermacht, Angebot und Spielregeln nennen:
 - ▷ „Ich merke, wie wütend Sie nach wie vor sind. Für mich stellt sich die Frage, wie wir weitermachen. Ich kann Ihnen anbieten, ...“
5. „Vertrag“ anbieten, den der Patient akzeptieren kann, ggf. Bedenkzeit geben:
 - ▷ „Ich denke, Reden hilft nun nicht mehr weiter. Ich biete Ihnen gern an ..., aber Sie müssen entscheiden, ob Sie das wollen. Wenn Sie noch etwas Zeit benötigen, können Sie gern einen kleinen Spaziergang machen.“

Tab. 1 CALM-Modell, um Konflikte zu deeskalieren (nach [2]). CALM: Contact, Appoint, Look ahead, Make a decision. Man wechselt erst zur nächsten Stufe, wenn es nötig ist – manchmal muss man aber auch von vornherein bei einer höheren beginnen.

tion nach Marshall B. Rosenberg – hier in den Worten von Kowarowsky:

1. Beobachtungen wiedergeben, ohne zu urteilen: „Herr Meyer, Sie sind gerade sehr laut und laufen hier auf und ab.“
2. Eigene Gefühle ausdrücken, ohne zu beschuldigen: „Ich werde nervös ...“
3. Eigene Bedürfnisse mitteilen, die dem Gefühl zugrunde liegen: „... und kann so nicht gut arbeiten, um für Sie hilfreich zu sein – was ich aber gern möchte.“
4. Klare Bitte formulieren, um das Bedürfnis zu erfüllen: „Könnten Sie sich bitte hinsetzen?“ / „Können Sie sich bitte bemühen, in einem ruhigeren Ton mit mir zu sprechen?“

Rückgriff auf Metakommunikation

In einigen Fällen kommt man mit diesen Herangehensweisen aber nicht weiter – weil der Patient z.B. zu aufgebracht ist, auf Angebote nicht eingeht oder den Arzt für inkompetent hält. Wenn dies die Arzt-Patient-Beziehung ernsthaft gefährdet, sollte man das eigentliche Gespräch unterbrechen und auf die Meta-Ebene wechseln [2]:

- ▶ „Ich möchte gern zu einem sachlichen Austausch kommen, um die Aufklärung abzuschließen.“
- ▶ „Ich habe den Eindruck, dass Sie mir gegenüber sehr vorsichtig geworden sind seit... Ich bedauere das sehr, da mir ein offenes und vertrauensvolles Verhältnis zu meinen Patienten wichtig ist. Ich frage mich, wie wir da wieder hinkommen können?... Ich möchte Ihnen trotzdem gern sagen, dass ich auch weiterhin ... Ich möchte Ihnen anbieten ...“

Cave Formulieren Sie keine Vorwürfe („Sie hören mir nicht zu!“), denn das provoziert Gegenvorwürfe. Verwenden Sie Ich-Aussagen.

Eigene Grenzen akzeptieren Wenn Sie mit einem Patienten partout nicht zu recht kommen oder die Gefahr besteht, dass er körperlich aggressiv wird, sollten Sie einen Kollegen oder Vorgesetzten hinzuziehen. Entweder geben Sie den Patienten an ihn ab – vielleicht reicht es aber auch, wenn er Ihre Erläuterungen bestätigt. Ein „Prof.“ auf dem Namensschild kann hier Wunder wirken. Auch Supervisionen und Fortbildungen zum Thema helfen, mit schwierigen Patienten besser zurechtzukommen. „Und setzen Sie sich und Ihre Patienten nicht mit übertriebenen Erwartungen unter Druck“, rät Kowarowsky. „Wir sind fehlbare menschliche Wesen, wie alle unsere Patienten auch. Würdigen Sie deshalb auch die kleinsten Therapiefortschritte und Erfolge, die Sie gemeinsam mit ihren Patienten erreichen.“

„In festgefahrenen Situationen bitte ich den Oberarzt oder einen anderen Kollegen dazu: Der kann dann von vorn anfangen – als ‚good guy‘ sozusagen. Auf der Palliativstation können wir auch eine Psychologin hinzurufen. Irgendjemand schafft es meistens, Zugang zu dem Patienten zu finden.“

Assistenzärztin Innere Medizin, Stuttgart

Häufige Problem-Typen

Die ausschweifenden, theatralischen

▼ **Anerkennung gewünscht** Manche Patienten erzählen ihre Krankengeschichte sehr ausführlich, schweifen ab in Urlaubs- bzw. Kindheitserinnerungen oder schildern ihre Beschwerden übertrieben theatralisch. Diese Patienten brauchen Aufmerksamkeit und Zuwendung: Mit ihnen sollte man wertschätzend sprechen und anerkennende Worte finden – auch scheinbar übertriebene Schilderungen können dem Erleben des Patienten entsprechen [1, 2].

Cave: Passen Sie auf, dass Sie bei den Schilderungen nicht gedanklich „abschalten“ und Wichtiges verpassen – oder der Patient nach dem Unterbrechen relevante Informationen nicht mehr loswird.

Sanft zum Ziel lenken Um zum Ziel des Gesprächs zurückzukommen, kann man den Wunsch des Patienten ansprechen, ohne seine übertriebenen Emotionen noch zu befeuern [2]:

- ▶ „Ich habe den Eindruck, Sie schildern Ihre Probleme sehr ausführlich.“
- ▶ „Können Sie sich vorstellen, dass ich mich genauso um Sie kümmere, wenn Sie Ihre Beschwerden ganz kurz schildern, ohne sie auszuschmücken?“
- ▶ „Dann ist mein Vorschlag, dass wir zunächst bei den Kopfschmerzen bleiben und Sie mir meine Fragen dazu möglichst kurz beantworten.“

Tab. 2 Nach [2].

So unterbrechen Sie erfolgreich

1. Patienten anschauen und mit Namen ansprechen, notfalls z. B. am Arm berühren
2. das Gesagte kurz zusammenfassen:
 ▶ „Ich höre, es ist Ihnen sehr wichtig, genau über Ihre Beschwerden zu berichten.“
3. Gespräch strukturieren, Ziel nennen:
 ▶ „Es gibt sicher viele wichtige Themen, aber unsere Zeit ist begrenzt. Ich würde sie gern nutzen, um zu erfahren, wie es Ihnen geht.“
4. Einverständnis einholen:
 ▶ „Sind Sie damit einverstanden, dass wir so weitermachen?“
5. Bei weiteren Unterbrechungen freundlich auf die Vereinbarung verweisen:
 ▶ „Jetzt sind wir schon wieder bei den Erkrankungen anderer gelandet.“

Konkret nachfragen Ihre Fragen sollten Sie möglichst konkret stellen:

- ▶ „Wie war das denn gestern, hatten Sie nach dem Mittagessen Sodbrennen?“
 - ▶ „Was mich interessiert: Bekommen Sie Luftnot beim Treppensteigen?“
- Sie können ggf. auch fragen, worauf der Patient hinauswill [1]:
- ▶ „Was genau möchten Sie besprechen?“
 - ▶ „Worum geht es Ihnen heute im Kern?“
- Manchmal muss man einen Redeschwall aber auch sanft unterbrechen (◀ Tab. 2).

Anspruchsvolle, Besserwisser und Misstrauische

▼ **Eigenverantwortung zugestehen** Patienten (oder auch Angehörige), die übertrieben misstrauisch und rechthaberisch erscheinen, erwarten tendenziell Negatives von ihrem Gegenüber. Ihnen hilft das Gefühl, im Gespräch die Kontrolle zu behalten. Auch diesen Patienten kann man entgegenkommen:

- ▶ „Ich finde es gut, wenn Patienten selbst mitdenken.“ [2]
- ▶ „Entscheiden werden das immer Sie.“ [2]

Gestehen Sie diesen Patienten möglichst viel Eigenverantwortung zu: Beteiligen Sie sie explizit an der Entscheidungsfindung, erläutern Sie die Alternativen [2]. Cave: Vermeiden Sie, ihr Misstrauen zu bestätigen, indem Sie nicht richtig über die Patientengeschichte oder aktuelle Absprachen mit anderen Ärzten informiert sind.

„Schwierige Patienten kommen z. B. mit einer Erkältung, die eindeutig viral ist – und verlangen trotzdem ein Antibiotikum. Womöglich höre ich: ‚Die Chefin weiß das schon, ich brauche immer Antibiotika.‘ Das macht mich innerlich aggressiv, auch wenn ich versuche, es nicht zu zeigen.“
 Assistenzärztin Allgemeinmedizin, Heilbronn

Kontrolle anbieten Auch wenn Sie das Verhalten des Patienten rücksichtslos oder verletzend finden: Geben Sie ihm möglichst das Gefühl, die Situation kontrollieren zu können [1, 2]:

- ▶ „Wenn Sie möchten, zeige ich Ihnen gern den Laborbericht im Original. Würde Ihnen das helfen, mir in diesem Punkt zu vertrauen?“

Zweifel an Ihrer Kompetenz können Sie evtl. ausräumen, indem Sie Ihren Werdegang darstellen und erklären, dass Sie z. B. diese Behandlung schon oft gemacht haben.

Unauffällig korrigieren Und wenn die Ansicht des Patienten z. B. zur Ursache der Krankheit oder zur indizierten Therapie schlicht falsch ist? Auch dann sollte der Arzt versuchen, sich nicht im Streit um die Fakten zu verzetteln [2]. Wenn nötig, kann man widersprechende Positionen evtl. suggestiv oder als Differenzierung zur Meinung des Patienten einbringen:

- ▶ „Sie haben recht, mit Medikamenten muss man vorsichtig umgehen. Ich sehe es wie Sie, dass man nur das unbedingt Notwendige nehmen sollte.“ [2]
- ▶ „Das höre ich so zum ersten Mal. Meiner Erfahrung nach ist es sinnvoller, ...“ [1]

Die unsicheren, unterwürfigen

▼ **Pflegeleicht?** Unsichere, unterwürfige Patienten erscheinen oft „pflegeleicht“: Sie widersprechen dem Arzt nicht, sind mit seinen Vorschlägen einverstanden und wollen nicht viel über ihre Krankheit wissen. Für die Behandlung kann das problematisch und frustrierend sein, weil sie z. B. die verschriebenen Medikamente nicht nehmen oder sich nicht an ärztliche Empfehlungen halten.

Fehlende Compliance aus Unsicherheit

Grund dafür ist manchmal, dass sie den Arzt einfach nicht genau verstanden haben und sich nicht trauen, nachzufragen. Die Compliance kann ihnen aber auch schwer fallen, wenn sie damit (vermeintlich) in Konflikt zu ihrer sozialen Umgebung geraten [2]: Der Arzt hat z. B. geraten, keinen Alkohol zu trinken – der Patient hat aber Angst, beim Betriebsfest komisch angeschaut zu werden, wenn er nicht mittrinkt. Dem Arzt gegenüber finden diese Patienten evtl. Ausreden oder verheimlichen die Non-Compliance [2].

„Anstrengend ist auch der willenslose Typ: Er gibt seine Eigenverantwortung an der Klinikpforte ab. Zum Gespräch kommt er in Begleitung – dafür aber ohne Brille, sodass er den Fragebogen nicht selbst ausfüllen kann. Eigene Medikamente kennt er nicht, kritisches Nachfragen ist ihm fremd. Kommen mehrere Narkoseverfahren infrage, kann er sich nicht entscheiden. Hilflös wandert der Blick zur mitgebrachten Partnerin, oder der Arzt muss für ihn entscheiden: ‚Ach, Herr Doktor, Sie machen das bestimmt richtig.‘ Stimmt aber nicht immer!“

Assistenzarzt Anästhesie, Berlin

Hat man den Patienten nur überredet oder mit Drohungen geängstigt, sind seine guten Vorsätze schnell wieder weg. Vermitteln Sie dem Patienten, dass er sich selbst für die Behandlung oder Verhaltensänderung entschieden hat [1].

Schwierigkeiten erfragen Hat man den Verdacht, der Patient könnte Schwierigkeiten mit der Compliance haben, kann man z.B. fragen:

- ▶ „Machen Sie sich Sorgen über Nebenwirkungen?“ [2]
- ▶ „Könnte Sie etwas an der Einnahme hindern?“ [2]

Außerdem sollten Sie die Behandlung besonders gut erläutern und die Eigenverantwortung verdeutlichen:

- ▶ „Ohne Ihre Mithilfe können die Tabletten nicht wirken.“ [2]
- ▶ „Dann kann ich mich also darauf verlassen, dass Sie die Tabletten regelmäßig nehmen?“ [2]

Vielleicht braucht man auch Medikationspläne, regelmäßige Kontrollen und ggf. schriftliche Vereinbarungen [1].

Fazit Meist ist nicht der Patient an sich „schwierig“, sondern sein Verhalten in der jeweiligen Situation. Manchmal kann man einen Zugang über seine angenehmeren Persönlichkeitsanteile finden. Muss man im konkreten Fall zügig zum Ziel kommen, helfen evtl. Standard-Formulierungen, die man sich zurechtlegt. Und die eigenen Erwartungen sollten realistisch bleiben: Als Arzt muss man nicht mit jedem Patienten Freundschaft schließen – und ist auch nicht persönlich für dessen Schicksal verantwortlich. ◀

Julia Rojahn

Literatur

- 1 Bergner TMH. *Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren*. Stuttgart: Schattauer; 2009
- 2 Schweickhardt A, Fritzsche K. *Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009
- 3 Fiedler P. *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz; 2007

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349300>

Bücher zum Thema

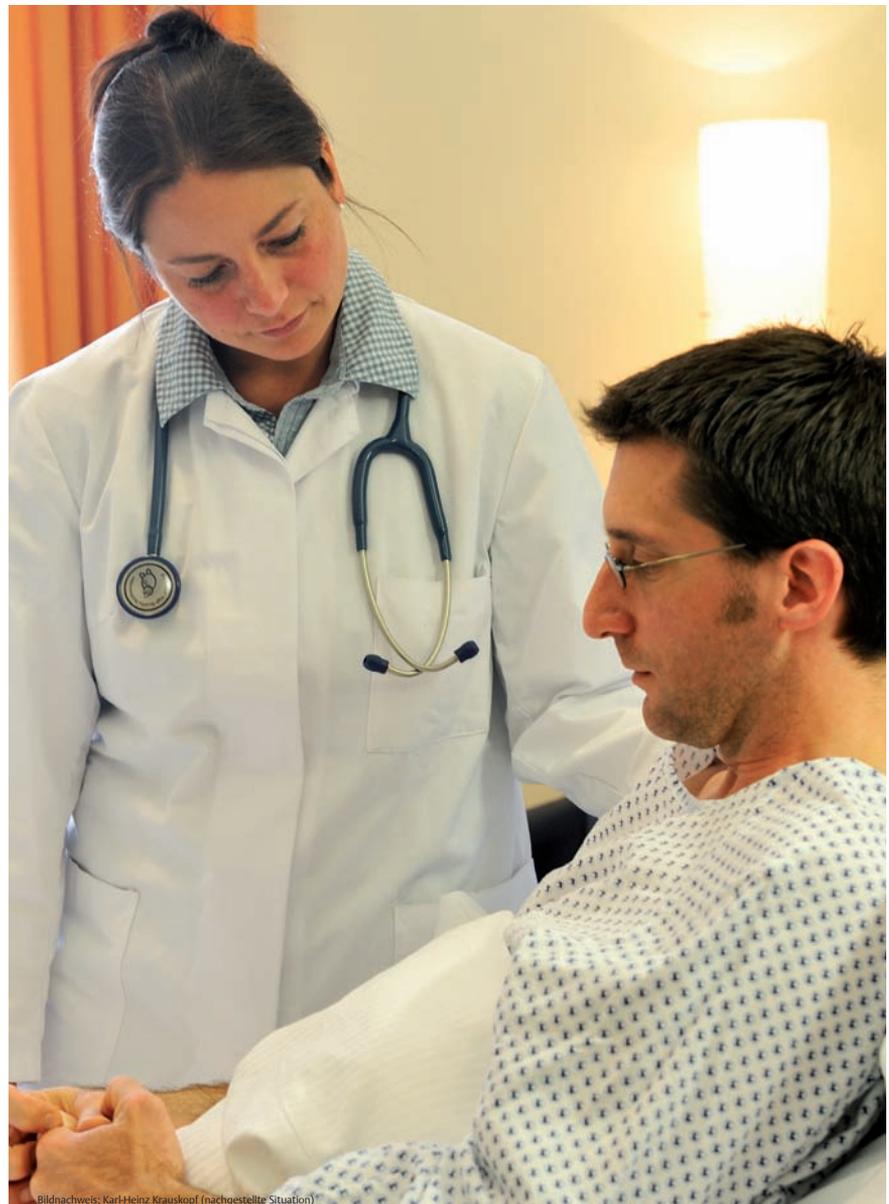
Faust V, Sandner J. **Gesprächs-Art. Der „schwierige“ Patient – Praxishandbuch**. Bonn: Edition FORTHE; 2010. Ausführliche Darstellung psychischer Störungen. Ergänzend: www.psychosoziale-gesundheit.net

Hoefert H-W, Härter M, Hrsg. **Schwierige Patienten**. Bern: Huber; 2013. Beiträge unterschiedlicher Autoren aus verschiedenen Fachrichtungen.

Kowarowsky G. **Der schwierige Patient – Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag**. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2011. Interaktion zwischen Arzt und Patient aus Sicht der Psychotherapie. Ergänzend: www.der-schwierige-patient.de

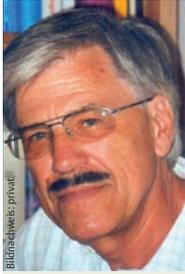
Sears M. **Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen**. Paderborn: Junfermann; 2012. Fokus auf Pflege.

- ◊ Zum Thema „Schwierige Patienten“ haben wir auch die Buchautoren Prof. Dr. Volker Faust und Joachim Sandner befragt. Das Interview lesen Sie auf der folgenden Seite.



Bildnachweis: Karl-Heinz Krauskopf (nachgestellte Situation)

Interview



Prof. Dr. Volker Faust ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Er war Leiter der Abteilung Forschung und Lehre im Zentrum für Psychiatrie Ravensburg-Weissenau und der Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm. Heute führt er eine Praxis in Ravensburg.



Joachim Sandner ist Gründer und Inhaber des Unternehmens „FOR THE – Die Vor- und Nachdenker für Kommunikation im Gesundheitswesen“ in Bonn. Gemeinsam mit Prof. Faust hat er ein Buch und zahlreiche Artikel zur Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten veröffentlicht.

„Man darf sich ärgern – aber den Patienten nicht dafür bestrafen“

? Manche Patienten reagieren empfindlich oder aufbrausend, wenn man ihre Emotionen anspricht. Hat man dann einen Fehler gemacht?

Faust: Nein, so eine Reaktion ist oft nicht vorhersehbar. Sie kann aber wertvoll sein, denn sie zeigt: Der Arzt hat einen wunden Punkt getroffen. Oft erkennt man dadurch, wo sich der Patient gerade gedanklich befindet.

? Und dann? Sollte man dranbleiben oder zurückrudern?

Sandner: Wenn ein solches impulsives Signal für den weiteren Verlauf des Gesprächs hilfreich ist, sollte man es in das Gespräch aufnehmen. Im anderen Fall ist Deeskalation angesagt: Man stellt z.B. eine oder mehrere Fragen, die dem Patienten signalisieren, dass sein – ganz persönliches – Signal angekommen ist und der Arzt sich nun besonders um dieses Anliegen kümmern wird. So kommt man vom Aufbrausen zurück zu mehr Sachlichkeit.

? Wie überwindet der Arzt seine eigenen negativen Gefühle während des Gesprächs?

Faust: Er darf und soll sie durchaus registrieren – muss sie aber soweit im Griff haben, dass er den Patienten nicht dafür bestraft. Denn der ist letztlich der Bedürftige: Er darf und muss so reagieren, wie Wesensart und Situation es ihm nahelegen. Nur so kommt ein fruchtbarer Dialog in Gang, der hoffentlich zu Selbst-erkenntnis- und Lösungsansätzen führt.

? Läuft etwas falsch, wenn ich mich auch nach dem Gespräch noch ärgere?

Faust: Nein, Sie dürfen durchaus erschöpft, auch ein wenig verdrossen sein. Wichtig ist, dies als eigene Reaktion zu akzeptieren und es nicht dem Patienten anzulasten.

Sandner: Man darf manches auch nicht zu nah an sich heran lassen – trotz aller Menschlichkeit und ärztlichen Verantwortung. Versuchen Sie einzuschätzen: Was ist lehrreich, was bringt mich weiter? Was nicht? So kann man den Ärger kategorisieren und besser verarbeiten. Besondere Vorfälle kann man auch im Team besprechen: Vielleicht ergeben sich neue Sichtweisen, und man kann den Ärger produktiv nutzen – zum Beispiel zur Vorbereitung auf den nächsten Termin des Patienten.

? Kann man nicht versuchen, den Patienten ein wenig umzuerziehen, statt sich alles gefallen zu lassen?

Faust: Erziehen ist vielleicht zuviel, auch wenn man so etwas heute vornehm Psychoedukation nennt und das in manchem Setting durchaus seinen Sinn hat. Den Weg oder zumindest die Richtung andeuten, wo es hingehen soll, darf man aber schon. Der eine Patient verträgt hier mehr, der andere weniger.

? Es ist also manchmal sinnvoll, zu widersprechen und Stopp zu sagen?

Faust: Ja! Hier sind alle Abstufungen möglich: von vorsichtigen Andeutungen bis zur direkten, ggf. sogar kompromisslos eindeutigen Korrektur. Letzteres natürlich nur, wenn der Patient die vertretbaren Grenzen überschreitet bzw. sich oder andere gefährdet.

? Der Patient fühlt sich dann aber vermutlich angegriffen.

Sandner: Nicht unbedingt. Wenn man die Dramaturgie des Gesprächs berücksichtigt und der Patient das Vorgehen des Arztes richtig einschätzen kann, versteht er es hoffentlich nicht als Angriff, sondern als Ehrlichkeit und Professionalität. Manchmal führt das sogar zu einer besseren Patient-Arzt-Bindung.

? Wann sollte man das Gespräch abbrechen?

Faust: Das ist der letzte Schritt – hochgradig unbefriedigend für den Arzt und natürlich auch für den Patienten. Wann es soweit ist, hängt von der eigenen Belastbarkeit und der Situation des Patienten ab – und von den Sicherheitsbedingungen vor Ort. Hier den Helden zu spielen, ist nicht empfehlenswert. Besser als ein krasser Abbruch ist allerdings, mit Hinweis auf die unergiebige Eskalation eine Pause und einen Fortsetzungstermin vorzuschlagen.

? Und wenn es dann nicht besser wird?

Sandner: Jeder Arzt will helfen und weiß, dass sein Patient Hilfe benötigt. Solange dieser vernünftig ansprechbar ist, sollte man sich höflich und verständnisvoll begegnen. Verlässt der Patient diese Ebene – und ist hierfür nicht seine Krankheit verantwortlich – hat der Arzt das Recht, sich verbal zu wehren und im Extremfall die Behandlung abzulehnen.

Die Fragen stellte Julia Rojahn.