

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DER SCHWIERIGE PATIENT

Teil 2: aus allgemein-ärztlicher Sicht

Schwierig – ein problematisches Wort. Wer möchte schon als schwieriger Mensch eingestuft werden, noch weniger als schwieriger Patient in seiner gesundheitlichen Not. Und doch tun das die Ärzte, aber auch die anderen helfenden Berufe. Was stimmt hier nicht, was sollte man deshalb wissen – und vor allem akzeptieren lernen. Und zwar aus der jeweiligen Sicht, d. h. Therapeut und Patient.

Nachfolgend deshalb ein kurz gefasster Beitrag: Die häufigsten Ursachen von Konflikten in der gegenseitigen Kommunikation. Was wünscht sich der Patient, was wünscht sich der Therapeut? Welche besonderen Probleme wiederholen sich immer wieder? Was belastet oder verärgert die Patienten, was das therapeutische Team (also nicht nur Arzt und Psychologe, sondern auch Schwestern, Pfleger, Arzthelferinnen u. a.)? Was hat das für Konsequenzen, und zwar für beide Seiten? Wie sieht der schwierige Patient aus der Sicht des Hausarztes aus? Welches sind die belastendsten schwierigen Umstände, die die notwendige Zusammenarbeit stören (räumliche Situation, ungestörte Atmosphäre, Zeitfaktor u. a.)? Was beklagen die Patienten am häufigsten, wenn sie mit ihrem Arzt nicht zufrieden sind? Wo liegen die Defizite im Arzt-Patient-Gespräch? Was macht die zunehmende Spezialisierung, die wir eigentlich alle wünschen, so belastend für den zwischenmenschlichen Kontakt? Wo liegen Probleme in der Wesensart des Arztes und wo charakterliche Schwierigkeiten bei bestimmten Patienten? Und schließlich: Was will der Patient vom Arzt – und was könnte der Patient dazu selber beitragen?

Erwähnte Fachbegriffe:

Schwierig – schwieriger Patient – schwierige Arzt-Patient-Beziehung – schwieriger Patient aus der Sicht des Hausarztes/Allgemeinarztes – Thera-

peut-Patient-Beziehung – Medizin-Studium und schwieriger Patient – Arzt-Ausbildung und schwieriger Patient – Arzt-Patient-Kommunikation – Arzt-Patient-Beziehungs-Gestaltung – ärztliche Teamarbeit – Ideal-Patient – Ideal-Arzt – Stress in der Arztpraxis – Arzt-Patient-Frustrationen – schwieriger Arzt – schwierige Arzt-Patient-Umstände: räumliche Situation, ungestörte Atmosphäre, Zeitfaktor u. a. – strukturiertes Arzt-Patient-Gespräch – ärztliche Fach-Sprache und Arzt-Patient-Verhältnis – ärztliche Spezialisierung und Arzt-Patient-Verhältnis – persönlichkeits-typische Eigenschaften des Arztes – persönlichkeits-typische Eigenschaften des Patienten – schizoide, depressive, ängstliche, zwanghafte, narzisstische Patienten – Patienten ohne Leidensdruck – Patienten mit Anspruchs-Verhalten – Verständigungs-Empfehlungen – Verständnis-Hilfen – u.a.m.

„Schwierige Menschen belasten an vielen Fronten des Alltags“, heißt es – nicht zu Unrecht. Das geht von den Eltern, Geschwistern, Nachbarn, Lehrern bis zu Partner, Kindern, Mitarbeitern, Vorgesetzten, Kunden, Behörden, Ordnungskräften – und schließlich Betreuern, Schwestern, Pflegern, Sozialarbeitern, Psychologen und Ärzten. Alle dürfen sich erregen, nur die Professionellen nicht. Und am wenigsten der Arzt. Das ist weder gerecht noch strategisch klug gedacht. Warum?

Im Laufe seines Berufslebens führt ein Arzt ca. 200.000 Gespräche mit Patienten. Wie kommt das? Rund 18 Arzt-Besuche absolviert jeder Bundesbürger pro Jahr. Eine durchschnittliche Praxis kommt pro Tag auf etwa fünfzig Patienten, einige Praxen auf das Doppelte und mehr. Das führt zu etwa 550 Millionen Konsultationen (inklusive Telefonate) bei den niedergelassenen Ärzten pro Jahr.

Wenn es gut geht, ist dies für beide Seiten eine optimale Betreuungssituation (die unseren Eltern oder gar Großeltern nicht vergönnt war, unseren Kindern und Enkeln wahrscheinlich auch nicht mehr in diesem Ausmaß). Wenn es nicht gut geht, und das kann manche Ursachen haben (s. später), dann wird der Patient als schwierig eingestuft (wobei im Teil 1 über „der schwierige Patient aus psychiatrischer Sicht“ das Pro und Contra, d. h. Begriff, Diagnose, epidemiologische Daten, seelische körperliche, psychosoziale, biologische und schicksalhafte Ursachen u. a. natürlich vieles relativ gesehen werden muss – und auch in der Psychiatrie derzeit kontrovers diskutiert wird).

Aber belassen wir es einmal dabei und nehmen zur Kenntnis, dass bis zu 20% der Patienten in einer *Hausarzt-Praxis* vom Arzt als schwierig eingestuft werden: Schwierig wegen ihrer Art, nicht wegen eines komplizierten Krankheitsbildes. Bei nur fünfzig Patienten pro Tag wären das bereits zehn „schwierige“ Klienten. Für den Patienten ist eine solche Situation ein unangenehmer (Einzel-)Kontakt. Für den Arzt hingegen ist es offenbar Alltag. Das ist ein Unterschied, der manches erklären hilft.

Joachim Sandner von der Weiterbildungs-Institution *Forthe* in Bonn fasst die wichtigsten, in der Fachliteratur publizierten Erkenntnisse in dem Buch *Volker Faust/Joachim Sandner: Der schwierige Patient, Edition Forthe, Verlag Gebrüder Kopp, Köln 2010* wie folgt zusammen:

- **Vom Patienten gewünscht** sind Kommunikation, Partnerschaft, Gesundheitsförderung, klinische Untersuchungen und Medikamenten-Verschreibung (Konsultation überraschenderweise an erster, Medikamente an letzter Stelle).
- Die **häufigsten Ursachen von Konflikten in der gegenseitigen Kommunikation** sind offenbar: fehlende Menschenkenntnis, mangelndes Einfühlungsvermögen, Fehl-Interpretation von nicht klaren Aussagen, Misstrauen, Vorurteile, Kampf um Macht, mangelnde konstruktive Kritik, ungenügende Kommunikationstechnik und Verständlichkeit, verzerrte Wahrnehmung, das gemeinsame Ziel aus den Augen verloren, Vertrauensverlust, Besserwisserei und intellektuelle Defizite.
- **Besondere Probleme** ergeben sich beispielsweise durch die Angst des Patienten vor der Diagnose und/oder Behandlung, dem Offenlegen von intimen Fakten, durch den Zeitdruck, seelische Probleme/Krankheiten, die fehlende Vertrautheit (z. B. beim Erstkontakt), eingeschränkte Körpersprache, falsche Fragen, eine störende Gesprächs-Atmosphäre, das Nicht-zuhören-Können, schlechte Stimmung, den Leidensdruck u. a.
- **Umgekehrt erleben die Ärzte und ihre MitarbeiterInnen folgende Problem-Charakteristika als belastend (Auswahl):**

Die Aggressiven (vor allem mit entsprechendem Sprachverhalten), Vorwurfsvollen, Schnell-Lebigen (z. B. Yuppies = Young Urban Professionals, Manager), Burnout-Patienten, Schweigenden, Besserwisser, Depressiven, Hysterischen, Manischen, Stalker, Zwangsgestörten, Hypochonder, Älteren, emotional Gehemmten und Enthemmten, die nicht Deutsch Sprechenden oder aus einem anderen Kulturkreis Stammenden, die schlecht oder gar nicht Hörenden, die über Regelungen des Gesundheitssystems, Sachzwänge und gesetzliche Vorgaben nicht Informierten (dafür Verärgerten oder gar sich Verweigernden), die Misslaunigen, Unhöflichen, Leistungs-Erschleicher, Nicht-Kooperativen (die beispielsweise alles anzweifeln), Halb-Wissenden, Therapie-Abbrecher, besserwisserischen Internet-Besucher, Doktor-Hopper, Ungeduldigen (denen man nichts recht machen kann), chronisch Kranken (und zwar die, die sich zu Medizin-Experten in eigener Sache entwickeln und dem Arzt gerne Aufträge erteilen), die Vielfrager, Überkritischen, Skeptischen, versteckt Alkohol-, Rauschdrogen- und Medikamenten-Abhängigen, wenn nicht gar Mehrfach-Abhängigen u.a.m.

Das hört sich jetzt stellenweise etwas „locker“ an, hat aber durchaus Alltags-Bezug zu Praxis, Ambulanz und klinischer Behandlung.

- Dazu kommen folgende **Umstände**, die vor allem für die Kommunikation nachteilig ausfallen können: Stress, Hektik, fehlende Sprach-Kenntnisse, Überlastung, Unkenntnis, Angst, störende Geräusche, Ablenkungen, fehlender Respekt, mangelnde Höflichkeit, schlechte Erfahrungen, lange Wartezeiten usf.

Die **möglichen Konsequenzen für beide Seiten**, d. h. medizinisches Personal und Patienten, sind vielgestaltig: hoher Zeitaufwand (damit längere Wartezeiten), negative Wirkung auf die Stimmung, Frustration, Fehlzeiten und erhöhter Krankenstand bei den Mitarbeitern, irritierte Patienten, größerer Verwaltungs-Aufwand, überlange Diskussionen, schlechte Therapietreue und vor allem Einnahmezuverlässigkeit, sinkende Motivation, drohender Dienst nach Vorschrift, Negativ-Image für Praxis oder Klinik, Burnout-Syndrom, nachlassender Teamgeist, schlechtes Arbeitsklima, Vertrauensverlust, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität u.a.m.

In dieser Negativ-Liste wird bewusst die Unterteilung in Praxis/Klinik- und Patienten-Seite vermischt. Damit sollte die Komplexität deutlich werden, aus der sich dann die ineffektive, resignative, frustrierte oder gar geladene Atmosphäre, Meinung, Strategie und Erfolglosigkeit ergibt.

In den Ausführungen von Joachim Sandner geht es anschließend um das Erkennen, Verstehen, Korrigieren und Verhindern entsprechender Negativ-Konsequenzen im Verhältnis von therapeutischem Team und Patient. Einzelheiten siehe das erwähnte Fachbuch (im Druck).

DER SCHWIERIGE PATIENT AUS DER SICHT DES HAUSARZTES

Das Thema von Teil 1 lautet zwar: der schwierige Patient aus psychiatrischer Sicht. Doch es ist zumeist der Allgemeinmediziner als Hausarzt, der in diesem Punkt am ehesten mit dem Psychiater oder Nervenarzt zusammenarbeitet. Ein interessanter Blickwinkel ist also auch der aus seiner Sicht. Nachfolgend deshalb eine Kurzfassung des Beitrags von Prof. Dr. U. Schwantes vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité-Universitäts-Medizin Berlin in dem Buch *Das Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Gespräch* vom Marseille-Verlag in München. Auch er beschäftigt sich in seinem Kapitel über den „schwierigen Patienten“ mit Konflikten und Unzufriedenheit in der Kommunikation – und deren Auflösung. Was gibt er zu bedenken, was schlägt er vor einschließlich Möglichkeiten und Grenzen?

Die primäre Motivation für die Berufswahl von Ärzten ist noch immer: für Patienten da zu sein, mit ihnen zu reden, ihnen diagnostisch oder therapeutisch zu helfen. Das schließt auch die Unterstützung zur Eigen-Verantwortlichkeit ein. Hier allerdings kann die Therapeut-Patient-Beziehung schon etwas komplizierter werden. Doch erlerntes Wissen und Können geben Rückhalt; jeder Patient, auch der noch unbekannt, ist willkommen.

Das ändert sich aber schlagartig, wenn ein Patient als „schwierig“ angekündigt wird. Und ohne weitere Kenntnisse provoziert dies ein Gefühl von Unsicherheit, Belastung oder sogar Bedrohung. Die Folge ist eine vorausgehende Hilflosigkeit, aus der sich eine Abwehrhaltung ergibt. Die ursprüngliche Einstellung: „Patient willkommen“ kann sich verdünnen, verflüchtigen oder gar ins Gegenteil verkehren.

Was droht, ist eine vielleicht sogar vorweg genommene aggressive Grundhaltung des Arztes: „Der soll mir mal kommen“. Denn eines ist klar: „schwierig“ bedeutet Probleme, harte Arbeit, am Ende Erschöpfung und Unzufriedenheit, kurz: Stress. So Professor U. Schwantes.

Etwas günstiger wird es, wenn der diffuse Begriff „schwierig“ durch konkrete Hinweise aufgehellt werden kann. Dann beginnt man nach Lösungen zu suchen, verschiedene Handlungs-Optionen abzuwägen, notfalls einen für diesen Fall kompetenteren Kollegen zu konsultieren. „Schwierig“ heißt ja nicht für jeden schwierig.

Leider wird sowohl im Medizin-Studium als auch in der Ausbildung zum Arzt auf solche Aspekte bisher wenig Bezug genommen. Die Bedeutung von Kommunikation, Beziehungs-Gestaltung, Teamarbeit u. a. wird noch immer zu gering erachtet, bestenfalls dem Einzelnen überlassen. Das ist das eine Problem.

Ein anderes hat mit der Charakterstruktur helfender Berufe zu tun, d. h. stets hilfsbereit sein zu müssen(!) und für den anderen da sein zu wollen. Dafür erwartet der Arzt, dass der Patient bereit sein sollte, diese Hilfe auch anzunehmen – und dankbar zu sein. Kurz: Ein „Ideal-Patient“, der keine Schwierigkeiten macht und vielleicht sogar bemüht ist, sich nicht nur dem System anzupassen, sondern sogar seinem Arzt zu gefallen.

Natürlich entspricht dies nicht der Realität, nicht der Aufgabe auf der einen und dem Bedürfnis auf der anderen Seite. Es vermittelt aber ein gewisses Verständnis zur Frage: wer schwierig ist und wer nicht. Das bedeutet auch eine mehr oder weniger klare Teilung (wenngleich sicher nicht gern zugegeben oder sogar brüsk abgelehnt): Der Arzt ist medizinisch ausgebildet und wegweisend, der Patient ist dankbar und folgsam. Wenn nicht, droht Stress, für beide Seiten. Das ging vielleicht noch, aber es bleiben auch die (Therapie-) Erfolge aus. Das bedeutet Frustration (vom lateinischen: frustra = vergebens).

Für den Arzt und für den Patienten entwickelt sich dabei eine negative Lern-Spirale: Ähnliche Folge-Situationen wirken wie ein Auslöser für falsche Handlungsmuster, so Professor Schwantes. Das gilt übrigens für jede zwischenmenschliche Beziehung, aber eben und mit besonderen Folgen auch für die Arzt-Patient-Beziehung. Es resultiert zumindest eine „schwierige Situation“,

wobei beide Seiten von einem schwierigen Gegenüber ausgehen, also auch der Patient von einem „schwierigen Arzt“.

Was kann also zu einer solchen Situation führen und wie könnte man es verhindern?

Schwierige Umstände

Als Erstes gilt es *schwierige Umstände* zu identifizieren und ggf. zu reduzieren (mehr ist meist nicht drin). Beispielsweise der ständig zunehmende wirtschaftliche Druck. Denn Zeit bedeutet Geld, vor allem Personal und Räume, so Professor Schwantes. Was macht also die Arzt-Patient-Situation schwierig, was fehlt, was stört, beeinträchtigt, behindert und verstimmt?

- **Räumliche Situation:** Gibt es einen Besprechungsraum, der wirklich für Gespräche geeignet und eingerichtet ist? In der Praxis ja, in der Ambulanz nicht mehr ohne Einschränkung. Das Arztzimmer auf Station ist oft ein multifunktionales Arbeitszimmer für mehrere Kollegen, die dort ein- und ausgehen, telefonieren, diktieren u. a. Soll hier ein offenes Gespräch möglich sein?
- **Ungestörte Atmosphäre:** Mit anderen Worten: Unterbrechungen am laufenden Band. Und das in der besonderen Situation des ratlosen, beeinträchtigten, verunsicherten oder zumindest gespannten Patienten. Selbst dort, wo es der Kranke noch halbwegs nachempfinden kann, sieht er doch, unter welchem Druck der Arzt zu arbeiten hat, ist es trotzdem belastend: Nachfragen und Mitteilungen von Arzthelferinnen, Schwestern und Pflegern, die Ablauf-Zwänge auf Station oder in der Praxis, die verrinnende Zeit und die Fülle der offenbar noch zu erledigenden Aufgaben („kann der Arzt eigentlich noch frei und konzentriert zuhören?“).
- **Zeitfaktor:** Zeit ist knapp, zumal die personelle Ausstattung immer unzureichender wird. Immer mehr soll von immer weniger Mitarbeitern erledigt werden. Die Überlastung ist förmlich greifbar. Die Atmosphäre schon auf der therapeutischen Seite gespannt. Von einem beschützten Rahmen, was Zeit und Raum anbelangt, kann oft nicht die Rede sein. Der Arzt sollte frei sein von äußerem und innerem Druck, gleich welcher Art, dem Patienten geduldig zuhören können, seine Beschwerden, Probleme, Wünsche und Vorstellungen registrieren, unnötige Ängste abbauen, differentialdiagnostische Strategien erläutern (was könnte es sonst noch sein), die Therapie erklären, vielleicht sogar noch die Heilungsaussichten andeuten. Doch die Bedingungen, sie sind nicht so ...

Schwierigkeiten durch den Arzt

Die Ärzteschaft gehört immer noch zu jener Institution, der man in unserer Zeit und Gesellschaft das meiste Vertrauen entgegen bringt (auch wenn sie derzeit die erste Position eingebüßt hat, z. B. zugunsten von Feuerwehr, Piloten, Krankenschwestern, Apothekern u. a.).

Kein Wunder: Ärzte konsultiert man in (höchster) gesundheitlicher Not. Da bleibt wenig Spielraum für die Belange der anderen, der ärztlichen Seite. Doch der Arztberuf ist auch nicht mehr das, was er einmal gewesen sein soll. Und in letzter Zeit ist er aus verschiedenen Gründen eher schwieriger geworden, hört man. Dazu gehören beispielsweise neben zeitlicher und damit kräfte-mäßiger Überforderung (immer weniger Ärzte müssen immer mehr leisten) auch wirtschaftliche Aspekte. Deren objektive Berücksichtigung pflegt man dem Arzt gerne abzusprechen, schließlich hat er den „guten, d. h. selbstlosen Mit-Menschen“ zu repräsentieren. Wer sich allerdings einmal die Mühe macht, die derzeitige Vergütungs-Position in Relation zu vergleichbaren Anforderungen detaillierter zu studieren, wird sich nicht mehr wundern, geschweige denn entrüsten. Aber dies soll hier nicht das Thema sein. Denn es hat sich etwas verändert, zum Schlechten. Hier muss auch die Ärzteschaft einräumen:

Manches kommt zu kurz, wird allerdings nicht nur durch die derzeitige Situation bestimmt, sondern auch im medizinischen Studium kaum berücksichtigt. Dazu gehört vor allem das Arzt-Patient-Gespräch, vielleicht das wichtigste Instrument – jedoch unterschätzt und unzureichend genutzt. Dabei steht schon in der Gründungsschrift der American Medical Association von 1847 (also vor mehr als 150 Jahren): „Das Leben eines Kranken kann nicht nur durch die Handlungen eines Arztes verkürzt werden, sondern auch durch seine Worte oder sein Verhalten“. Deutlicher geht es nicht.

Das strukturierte Arzt-Patient-Gespräch

Wie sehen nun solche Defizite ärztlichen Tuns bzw. Nicht-Tuns aus? In der *unzureichenden Strukturierung eines Gespräches* ist es vor allem die Unfähigkeit, aktiv zuzuhören. Dieses Problem ist noch drängender geworden. Dazu kommt – seit jeher – der Gebrauch verschwommener Begriffe bzw. eine dadurch missverständliche Sprache. Dies geht nicht nur auf die Fachsprache zurück (die natürlich ihre Vorteile hat, man kann sich mit einem einzigen Begriff verständlich machen, allerdings nur unter Kollegen, mitunter sogar nur unter den gleichen Spezialisten). Es hat auch andere Gründe, menschliche bzw. zwischen-menschliche oder „menschlich-allzu menschliche“. Dazu gehören nach Ansicht jener Experten, die sich schon vor einem viertel Jahrhundert damit beschäftigt haben, verbales (sprachliches) Abweisen des anderen durch Hinhalten, Nicht-Beachten, Übergehen von Einwänden und Fragen u. a. Darüber hinaus die Neigung zum Reglementieren und sogar Beängstigen, statt zu motivieren und aufzubauen (nach T. Bliesener und K. Köhle: Die ärztliche Visite – Chance zum Gespräch, 1986).

Dazu kommt, teils wegen mangelnder Aus- und Weiterbildung, teils aus den benannten Zeit-Gründen in der Alltagspraxis, dass die verschiedenen Ebenen einer Botschaft nicht erkannt werden, z. B. eine hilfe-rufende Botschaft des Patienten. Da nimmt es nicht Wunder, dass in solchen Situationen nicht nur die mangelnde Fähigkeit, sondern auch der unzureichende Wille dazu beeinträchtigt, in der jeweiligen Situation sich selbst zu reflektieren, d. h. möglichst objektiv zu beobachten und zu beurteilen. Wer das nämlich nicht tut, neigt eher dazu, die daraus entstehenden Defizite dem anderen, sprich: dem Patienten zuzuschreiben – mit allen Konsequenzen im weiteren Kontakt, so Professor Schwantes.

Zunehmende Spezialisierung

Ein besonders heikles Problem, das im Grunde der leidenden Menschheit zugute kommen sollte, aber auch seine negativen Seiten hat, ist die *zunehmende Spezialisierung*. Allein das letzte halbe Jahrhundert ist in diesem Punkte soweit gediehen, dass ältere Kollegen ihre jüngeren Nachfolger kaum mehr verstehen können, geschweige denn begreifen, was hier diagnostisch, differentialdiagnostisch, therapeutisch abläuft, und zwar sowohl vom gewaltig zugenommenen Wissensstand als auch technischen Möglichkeiten her.

Kein Wunder, dass ein Arzt unter diesem Aspekt überfordert sein kann. Das drückt ein alt-bekannter Kalauer unübertroffen so aus: Der Spezialist weiß immer mehr und mehr von immer weniger und weniger. Der Facharzt hat dann aber den Vorteil, dass er sich wirklich nur auf sein Spezialgebiet konzentrieren muss. Der Allgemeinarzt tut sich hier viel schwerer: Das Spektrum der modernen Medizin ist so weit gespannt und in vielen Bereichen so (über-) spezialisiert, dass kein Mensch mehr auf allen Ebenen auch nur halbwegs zuständig sein kann.

Wer nun aber dieses ganz natürliche und durchaus verständliche Defizit zu verschleiern versucht, läuft natürlich Gefahr, sich schon im Gespräch auf dünnem Eis zu bewegen, um dann ggf. aus Selbstschutz unverständlich, brüsk oder gar gereizt zu reagieren. Der gute Arzt kennt nicht nur seine Kompetenz-Grenzen, sondern respektiert sie auch – offen zugegeben und ausgesprochen. Das nimmt ihm der Patient auch nicht übel, vorausgesetzt er kennt den dafür zuständigen Spezialisten und vermittelt einen (möglichst raschen) Untersuchungs-Termin.

Doch das ist nicht immer zu erwarten. Professor U. Schwantes: „Team-Fähigkeit zu fördern ist nicht gerade eine Stärke der medizinischen Ausbildung“ – und damit des Alltags in Klinik und Praxis. Und weiter: „Meist erleben sich schon die Medizin-Studenten als Konkurrenten, oder sie werden zu solchen von ihren Lehrern deklariert. Später, in der Berufsausübung, agieren sie dann als Einzelkämpfer, ängstlich darauf bedacht, im Kollegenkreis nicht durch Fragen aufzufallen“. Eigentlich nachvollziehbar, denn wer fragt, gibt ja Lücken zu,

und das mag man nun bei seinem Arzt am allerwenigsten, könnte es ja auf die eigenen (gesundheitlichen) Kosten gehen. Man sieht also auch hier: Ehrlichkeit und Offenheit ist eine berechtigte Forderung und ehrenvolle Charakter-Eigenschaft – aber nicht ohne Risiko, jedenfalls in der allgemeinen Meinung.

Andererseits führt unzureichendes Wissen nicht nur möglicherweise zu fatalen Folgen, es provoziert auch eine Unsicherheit, die zumindest im Gespräch überspielt werden soll. Nicht zuletzt daraus resultieren dann nicht eindeutige oder gar unverständliche Angaben, Hinweise, Kommentare seitens des Arztes.

Die Persönlichkeit des Arztes

Jeder Mensch hat seine *persönlichkeits-typischen Eigenschaften*, auch der Arzt. Das macht sich nicht zuletzt in der zwischenmenschlichen Kommunikation bemerkbar. Das sollte jeder wissen, aber verpflichtet werden kann er dazu nicht. Anders in der ärztlichen Profession. Hier spielen die interpersonellen Wechselwirkungen eine große Rolle. Man muss sie erkennen, verstehen, abschätzen und darauf reagieren.

Die Psychotherapeuten lernen dies in einer harten Ausbildung, durch ständige Weiterbildung gefestigt und verfeinert. Das ist ihr Beruf, treffender: ihr Arbeits-Instrumentarium. Das Erkennen der so genannten Gegenübertragung verhilft ihnen dazu, die Gefühle des anderen wahrzunehmen und sie zu verstehen. In der Psychotherapie ist dies das Grundgerüst therapeutischen Handelns und Erfolgs. In der Praxis des Spezialisten, vor allem aber des Allgemeinmediziners auch – nur unter ganz anderen Bedingungen. Es ist schon ein Unterschied, ob man am Tage sechs oder sechzig Patienten zu betreuen hat, ob man sich auf *ein* seelisches Problem mit seinen psychosozialen Konsequenzen oder bei jedem Patienten auf ein anderes Symptom, Leidens- oder konkretes Krankheitsbild zu konzentrieren hat.

Man kann also der Ärzteschaft vieles raten, und Recht hat man auch noch. Man sollte allerdings auch die jeweiligen Bedingungen einrechnen, und dann sieht so mancher Ratschlag schon ein wenig unbedarft bis anmaßend aus. Kurz: Die meisten Ärzte wissen sehr wohl, dass das Gespräch auch in ihrer technisierten Berufswelt noch immer die größte Bedeutung hat bzw. haben sollte. Und sie bemühen sich darum, es kommt ja beiden zugute. Aber nicht nur die Zeit, auch die Kräfte und damit psycho-physischen Reserven eines jeden Menschen sind begrenzt.

So kann es nicht schaden, wenn sich so manch unzufriedener, frustrierter oder empörter Patient einmal vorstellt: Ich bekomme fünfzig Besucher pro Tag, und jeder will etwas anderes von mir. Wie behandle ich die letzten – nicht aus Trägheit, sondern Erschöpfung?

Verschiedene Berufs-Aufgaben

Schließlich muss man auch die *unterschiedlichen Rollen im Berufsleben eines Arztes* bedenken: Denn nicht immer ist er ausschließlich als Auftragnehmer des Patienten tätig, so Professor Schwantes. Er kann auch von den Versicherungsträgern oder Krankenkassen, ja sogar von Gerichten beauftragt sein.

Wenn deshalb nicht vorab die „Auftragslage“ mit dem Patienten geklärt ist, können Irritationen, Unklarheiten, Missverständnisse, Reizbarkeit, ja Aggressivität nicht ausbleiben, von weiteren Folgen wie z. B. öffentlich geäußerte Enttäuschung oder Entrüstung durch den Patienten ganz zu schweigen.

Schwierigkeiten durch den Patienten

Die Eigenschaft „schwierig“ schreibt der Arzt also vorrangig den Patienten zu. Das ist – wie wir gehört haben – zu korrigieren. Dass es schwierige Menschen und damit Patienten in der Tat gibt, bezweifelt aber auch niemand. So wurde schon vor Jahrzehnten im englisch-sprachigen Bereich eine Liste von schwierigen Patienten zusammengestellt, die beispielsweise folgende Charakterisierungen enthielt: die Abhängigen, die Forderer, die Ablehner und die Selbst-Destruktiven (eine noch detailliertere Aufschlüsselung findet sich zu Beginn dieses Beitrages).

Professor Dr. U. Schwantes differenziert dies nach Charakter-Strukturen, wie sie vor allem im Alltag und deshalb auch im Sprechzimmer des Arztes eine Rolle spielen können. Dabei beruft er sich auf das bekannte Buch von F. Riemann: *Grundformen der Angst*, 2006 (Einzelheiten siehe die spezielle Rezension in dieser Serie).

Die Psychiater lernen in ihrer Krankheitslehre (Psychopathologie) Begriffe, die zwar jeder kennt, in ihrer Extremform aber schließlich Krankheitswert erlangen und diagnostisch und therapeutisch fachärztlich betreut werden müssen. Es gibt sie aber im Ausprägungsgrad auch als „verdünnte“ Formen. Dazu gehören beispielsweise die Fachbegriffe:

- *Schizoid*, d. h. die Fähigkeit, Gefühle abspalten zu können und dies höchst irritierend, wenn „in normalen Situationen“ die erwartete emotionale (Gemüts-) Schwingungsfähigkeit ausbleibt. Das kann aber auch Vorteile haben, besonders in Not-Situationen, die einen „klaren Kopf“ ohne emotionale Belastung verlangen.
- *Depressiv*: Hier muss nicht weiter erläutert werden, dass man mit einer solchen Wesendart rasch überwältigt, ja jeglicher Situation hilflos und damit seelisch, geistig und körperlich erschöpfend ausgeliefert ist. Es heißt aber auch Gefühle zutiefst wahrnehmen und sich ihnen hingeben können, eine Fähigkeit,

ohne die wir nicht in der Lage wären, uns zu freuen (Freudlosigkeit, eines der am wenigsten bekannten, aber wichtigsten Symptome einer Depression!).

- *Ängstlich* führt bei übertriebener Einstellung zur ständigen Suche nach Zusage, Beruhigung und Verantwortungs-Übernahme durch andere. Sie enthält aber auch die Fähigkeit einzuschätzen, ob man etwas kann und damit darf.
- *Zwanghaft* ist im Extremfall eine Zwangsstörung, mit allen im Alltag einschneidenden Konsequenzen. Häufig mit Ängstlichkeit verbunden (Angst- und Zwangsstörungen kommen auch als Krankheit öfter zusammen vor). Als Charakterstruktur führen Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit häufig zur ständigen Verunsicherung im Sinne von: Ich kann das nicht selber entscheiden oder ich weiß nicht, ob ich das überhaupt darf.
- *Narzissmus* im positiven Sinne stabilisiert das Selbstwert-Gefühl, die selbstbewusste Einschätzung seiner Möglichkeiten auf seelischem, geistigem, körperlichem, ja gesellschaftlichem Gebiet. Wer sich seines eigenen Wertes aber nicht sicher ist, muss sich ständig am Anderen messen, kann die eigene Größe nur spüren, wenn er zumindest ein wenig über dem anderen steht. Das betrifft sowohl die gesellschaftliche Position, als auch Sexualität, Äußeres, finanzielle Absicherung, ja Gesundheit u. a. Hier können zwischenmenschliche Auseinandersetzungen förmlich programmiert sein. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Das sind nur einige jener charakterologischen Möglichkeiten, die einzeln, mit unterschiedlichem Schwerpunkt, zumeist aber vermischt in der Wesensart eines Menschen eine Rolle spielen (können) – und damit auch im Arzt-Patient-Verhältnis. Manches ist ererbt, manches durch eine früh-kindliche Entwicklung geprägt, einiges kommt dauernd, anderes nur situations-spezifisch zum Ausdruck, alles aber äußert sich dann nicht nur im Verhalten (d. h. zwischenmenschlich), sondern auch im non-verbale Ausdruck (was sagt der Patient, in dem er es nicht sagt).

Die darauf „antwortenden Gefühle“ entstehen also unbewusst. Man kann sich ihnen nicht entziehen, auch wenn man sie vernunftmäßig zu überspielen versucht oder – nach einigem Training – auch ganz gut dazu in der Lage ist. Schwierig wird es also entweder direkt, dann weiß man relativ schnell Bescheid. Oder – noch häufiger – indirekt, unbewusst, abgewehrt, projiziert (und zwar meist auf den jeweiligen Gegenüber), rationalisiert (das kann nicht sein, was nicht sein darf) – auf jeden Fall hoch emotionalisiert („über-gefühlsmäßig“), auch wenn das alles nicht „rausgelassen“, sondern gleichsam „inner-seelisch eingesperrt“ wird.

Wenn letzteres die Regel ist, wird es natürlich noch schwieriger (rechtzeitig) zu erkennen, was sich hier abspielt und welche Folgen daraus entstehen. Der Arzt sollte es können. Der psychotherapeutisch tätige Arzt oder Psychologe

zählt dieses Wissen zu seiner professionellen Grund-Ausstattung. Der Facharzt mit seinem rein organischen Spezialgebiet und der Hausarzt bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin mit dem breitesten Aufgaben-Spektrum überhaupt, richtet seine Aufmerksamkeit aber vor allem auf die (meist) körperlichen Klagen und organischen Abklärungs- sowie Behandlungs-Möglichkeiten, aber eben auch Grenzen.

Dazu sollte er aber auch noch gleichzeitig auf die Gefühle seines Patienten (und seine eigenen, siehe die erwähnte Gegenübertragung) achten, ja, er sollte sie sogar diagnostisch und differentialdiagnostisch einsetzen und zugleich therapeutisch nutzen. Er sollte also auf einen Schlag organisch, apparativ-technisch und psychotherapeutisch reagieren. Das wird in der Fachsprache als „emotionale Wahrnehmungs-Fähigkeit“ bezeichnet – und ist nicht einfach, besonders beim fünfzigsten Patienten und noch immer vollem Wartezimmer.

Was will der Patient vom Arzt?

Neben diesen unterschiedlichen Charakter-Mustern gilt es aber auch die *Beziehungs-Strukturen* zu beachten. Oder kurz: was der Patient vom Arzt will. In der Regel spürt er eine Belastung, für die er sich eine Änderung, möglichst eine Besserung oder völlige Behebung wünscht.

Zuerst gilt es zu unterscheiden, ob eine Änderung überhaupt möglich und eine Besserung nur durch bestimmte Hilfsmittel zu erwarten ist. Dabei kann es unter Umständen nötig sein, mit gezielten Gesprächen den Betroffenen erst einmal klarzumachen, wo seine eigentlichen Ziele liegen und was er selber dafür einsetzen muss. Und – natürlich – wo die Möglichkeiten genutzt, aber auch Grenzen der derzeit verfügbaren Hilfsmittel respektiert werden müssen. Der Patient muss also einiges kennen, akzeptieren und unter den gegebenen Bedingungen zu ändern lernen. Hier aber spielen dann die Gefühle eine noch größere Rolle, vor allem müssen die einschränkenden Beschwerden vom Arzt gewürdigt werden. Das ist ein kleiner Satz, aber mit großer Wirkung. Und selten – leider.

Doch der Arzt hat wenig Zeit, kennt die Grenzen der Medizin, weiß vor allem zwischen Theorie und Praxis, Wunsch und Wirklichkeit zu unterscheiden, denn damit wird er täglich konfrontiert – und kommt deshalb gleich zur Sache. Das heißt aber auch, dass er die Patienten-Bedürfnisse entweder gar nicht wahrnimmt oder gleich überspringt, um zum eigentlichen, zum medizinisch machbaren Ziel zu gelangen. Der Kranke aber fühlt sich weder verstanden noch in seinem Leid „gewürdigt“, zumindest mit zwei Sätzen der Anerkennung.

Dabei ist diese Situation nicht nur häufig, sie ist die Regel. Denn Einschränkungen sind nicht nur im körperlichen Bereich denkbar (z. B. Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Wirbelsäule und Gelenke, Stoffwechsel u. a.). Es geht auch um Lebensgeschichte, aktuelle Ereignisse, soziale Hintergründe, kulturelle Her-

kunft, Traditionen, Vorlieben, Glaubenssätze u.a.m., so Professor Schwantes. Von so erdrückenden Ereignissen wie Tod eines Angehörigen, schlechte Heilungsaussichten mit absehbarem eigenen Ende usw. ganz zu schweigen.

Was sollte der Patient beitragen?

Wie steht es nun aber, wenn eine Änderung der Situation durch Änderung der Verhaltensweisen des Patienten selber möglich wäre? Dazu gibt es verschiedene Verlaufsformen, wie sie beispielsweise in dem Buch von L. Isebart: *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch*, 2005 dargestellt und in entsprechenden Arbeitskreisen weiterentwickelt wurde. Im Einzelnen:

Der Patient registriert keine negative Veränderung, wohl aber *sein* Umfeld: Dieser Zustand ist nicht selten, jeder Arzt kann es bestätigen. Die seelische, körperliche, psychosoziale Beeinträchtigung wird vom Patienten selber gar nicht gespürt, jedenfalls nicht bewusst. Sie ist aber eine nicht mehr ertragbare Belastung für sein Umfeld, am häufigsten die Familie bzw. Partner, Kinder, Eltern u. a. Im negativen Fall verspürt der Betreffende, der sich gar nicht als krank erkennt, geschweige denn als Patient akzeptiert, kein Problem und damit keinen Anreiz, sich einem (Fach-)Arzt vorzustellen oder sogar anzuvertrauen. Im positiven kommt er immerhin, allerdings diesem oder jenem „zuliebe“ bzw. damit „endlich Ruhe einkehrt“ oder „andere ihren Willen haben“. Dafür weiß er aber letztlich nicht, was er erzählen soll, außer vielleicht von seiner eigenen Ratlosigkeit und dem scheinbaren Unverständnis der anderen.

Einem solchen „Patienten“ ohne eigenen Leidensdruck kann man natürlich keine Änderungs-Motivation zumuten, keine Lösungs-Vorschläge aufdrücken, nicht die von den anderen gewünschten Maßnahmen empfehlen. Und tut man es trotzdem, sollte man sich über seinen Widerstand, zumindest aber seine Therapie-Unwilligkeit nicht wundern.

Gibt es eine Lösung? Das hängt vom Einzelfall ab. Gibt es einen Weg, der zumindest einen Fortschritt signalisiert? Das wäre beispielsweise das behutsame(!) Darstellen von zwischenmenschlichen, d. h. partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen, gesellschaftlichen, beruflichen u. a. Zusammenhängen. Kurz: Ein um Objektivität bemühtes Informations-Angebot. Objektiv deshalb, weil auch der Patient mit seinen Argumenten, seiner Einstellung und bisherigen Strategie zu seinem Recht kommen soll. Wie anders kann man ihn zur Mitarbeit, letztlich wohl vor allem Einschränkung seiner bisherigen Denk-, Lebens- und Gesundheitsweise überzeugen.

Es gilt also für ihn erst einmal die Gegebenheiten wahrzunehmen, auch aus der Sicht der anderen und sich mit ihnen möglichst objektiv auseinander zu setzen sowie – vielleicht später – an einer allseits akzeptierten Lösung (mit-)zuarbeiten. Wer hier jedoch gleich auf Zeit drückt, kommt nicht weiter, kann den „un-

freiwilligen Patienten“ höchstens überrumpeln, was mittel-, spätestens langfristige in die alten Auseinandersetzungen mündet.

Hier kann es allerdings vorkommen, dass eine behutsame Verständigung-plus Toleranz-Strategie mit langem Atem bei den enttäuschten Angehörigen mehr Probleme aufwirft als der Grund ihrer Frustration, nämlich der zum Arzt geschickte Patient. Manche von ihnen werden sogar selber zu Patienten, wenn sie ihre „letzte Hoffnung enttäuscht sehen“ – scheinbar. Hier sieht man dann oft, dass die notwendige Geduld teils persönlichkeits-spezifisch, teils wegen zermürbter Reserven „nicht mehr verfügbar ist“. Dann wird es eng – für beide Teile und den Arzt auch.

Es gibt allerdings auch Konsultationen ohne motivierte Mitarbeit des Patienten, wenn sie durch bestimmte Institutionen veranlasst sind. Beispiele: Begutachtung für Krankenkassen, Rentenversicherer, Arbeitsagentur oder bei der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung wegen Führerschein-Entzug.

Doktor, mach du es ...

Der größere Teil der Patienten hat allerdings ein Problem-Bewusstsein, mit dem sich arbeiten lässt, so Professor U. Schwantes. Ist dann alles im Lot? Nein, das Problem-Bewusstsein ist der eine, der Wille, seinen Anteil zu übernehmen, d. h. selber etwas beizutragen, der andere Teil. Oder wie formulieren die (frustrierten) Ärzte diese Einstellung ihrer Patienten: „Ich habe da ein Problem. Mach du es weg!“ So die unausgesprochene Aufforderung. Sie ist nicht selten.

Natürlich gilt es auch hier zu differenzieren. Denn die Spannbreite dieses Phänomens ist weit. Sie reicht von jenen, die sich ohnmächtig dem Geschehen ausgeliefert fühlen (charakteristischer Typus: „alles tut immer und überall weh“) über diejenigen, die sich von der vermeintlichen (!) Fülle der Belastungen überrollt sehen bis hin zu „ich habe keine Kraft mehr, bin völlig unfähig, das musst du tun“. Oder noch komplizierter: „Ich würde es sofort tun, wenn es die Bedingungen jetzt endlich erlaubten“ oder „der andere damit anfangen würde“ u.a.m.

Da muss der Arzt erst einmal unterscheiden lernen, welcher Typus bzw. welche Kombination vorliegt. Das heißt: Er muss sich den jeweiligen Herausforderungen stellen. Denn man sieht, von der Änderungs-Ohnmacht bis zum flexiblen Anspruchs-Verhalten ist alles möglich. Dabei gilt es nicht nur zu informieren, sondern auch zu stützen, d. h. erst einmal die (vielleicht verschütteten) Stärken des Betreffenden wieder zu entdecken, ihn gleichzeitig so lange zu unterstützen, bis er seine Fähigkeit wieder voll einbringen und nutzen kann.

Dabei empfehlen sich verschiedene Strategien. Beispiele: Aufhebung der Generalisierung („alles ist schlecht“), Auftrag von Beobachtungs-Aufgaben (wie

sieht die Situation aus, was muss man wissen), Kanalisierung der Beschwerden (was hat welche Bedeutung, wie, wo und warum) und immer wieder die Erarbeitung der patienten-eigenen Ressourcen (Hilfsmittel auf seelischer, geistiger, körperlicher, beruflicher Ebene). Kommt er schließlich wieder auf die Füße, wird aus der Therapie die beratende Begleitung.

Das hört sich alles recht plausibel an. Der Aufwand, der dahinter steckt, und zwar nicht nur für Patient und Angehörige, sondern auch für den Arzt, ist allerdings erheblich. Das Stichwort lautet gesundheits-orientierte Gesprächsführung. Das braucht aber viel Kraft und Zeit. Beides ist nicht unerschöpflich verfügbar – vor allem wenn man pro Tag Dutzende von Patienten mit ihren eigenen körperlichen, seelischen, psychosozialen Nöten zu versorgen hat.

SCHLUSSFOLGERUNG

Ein „schwieriger Mensch“, das ist ein Urteil, das schnell die Runde macht. Das gleiche gilt letztlich für einen „schwierigen Patienten“. Ohne jetzt im Einzelfall die Gewichte verteilen zu wollen, ist doch für jeden klar: Es gibt schwierige Menschen und es gibt schwierige Patienten, und zwar ohne „Anführungsstiche“, die dieses Urteil mildern oder aufheben sollen. Wer hier vor selbstlosem Verständnis überläuft, dürfte nicht weit kommen. Nicht umsonst lautet ja eine Burnout-Warnung für helfende Berufe: Die Ermüdung *der* Zuwendung ist auch eine Ermüdung *durch* Zuwendung.

Gleichwohl wird das Problem der schwierigen kommunikativen Situationen immer bedrückender, im Allgemeinen wie in der Arztpraxis. Man muss also versuchen einen gangbaren Mittelweg zu finden.

Der könnte aus der nüchternen, illusions-freien Erkenntnis bzw. Strategie bestehen:

- Die Feststellung: „Das ist ein schwieriger Patient“, mag generell begründbar und in diesem Fall besonders zutreffend sein, führt aber letztlich nicht weiter.
- Die Überlegung: „Das ist ein Mensch, der Schwierigkeiten hat – und deshalb für mich schwierig ist“, hat strategisch etwas für sich, nämlich Verständnis, Toleranz, Schonung der psycho-physischen Reserven (auf beiden Seiten) und ein Arzt-Patient-Verhältnis, das etwas günstigere Aussichten verspricht, zumindest in dieser Situation, vielleicht sogar darüber hinaus.
- Das kognitive Instrumentarium, mit dem eine solche Weichenstellung möglich ist, besteht in den kurzen Frage-Wörtern: wer - wie - was - wann - warum - wobei - für wen genau - wodurch – seit wann?

Dadurch mündet die Verallgemeinerung „schwierig“ in eine klärende und damit konstruktive Differenzierung. Denn zum einen wirkt das Gesamt-Problem („schwieriger Patient“) monströser als die Einzel-Faktoren, die sich zum anderen damit auch einer realistischeren Lösung zuführen lassen.

Die Salutogenese (s. u.) beschreibt ihre Strategie der Kohärenz mit den Begriffen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Denn

- Unklares und Diffuses in einer zwischenmenschlichen Situation berührt die Verstehbarkeit,
- scheinbar Allumfassendes oder Unbewegliches berührt die Handhabbarkeit und
- scheinbar Sinnloses oder Zweifelhaftes die Bedeutsamkeit.

Jeder einzelne dieser Bereiche sollte geprüft werden, inwieweit in dieser schwierigen Situation wieder Erleichterung möglich ist (A. Antonovsky: *Salutogenese*, 1997).

Professor Dr. U. Schwantes vom Institut für Allgemeinmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, fasst die gesundheits-orientierte Gesprächsführung noch einmal zusammen, um Schwierigkeiten erst gar nicht entstehen zu lassen. Im Einzelnen:

- Akzeptiere ich den Patienten ohne jede Einschränkung, ohne an irgendwelche Vorbedingungen geknüpft zu sein. Wenn nein, worin liegt das konkret?
- Bemühe ich mich um Verständigung sowohl in beruflichen als auch organischen Fragen?
- Habe ich auch Verständnis für die emotionale (Gemüts-)Verfassung des Patienten?
- Kann ich den Patienten für das wertschätzen, was er bereits in dieser Angelegenheit geleistet hat oder in ganz anderen Situationen seines Lebens zu leisten bzw. auszuhalten imstande war einschließlich konstruktiver Überlegungen.

Dies – mit den Zielen des Patienten verbunden – macht die gesundheits-orientierte Gesprächsführung aus. Eine erlernbare Methode, so Professor Schwantes. Denn ein einfaches Verfahren zur Selbsthilfe in schwierigen zwischenmenschlichen Situationen besteht darin, aus dem *Zustand* „schwierig“ einen *Prozess*, vom lateinischen: *procedere* = vorankommen zu machen. D. h. „schwierig“ wann, wobei, für wen und wodurch?

LITERATUR

Bedeutsames alltags-relevantes Thema, das zu allgemeinen Aspekten ein erstaunlich umfangreiches Angebot an Fachliteratur aufweist, was jedoch unter spezifischen psychiatrischen Bedingungen deutlich schrumpft. Nachfolgend eine Übersicht zu entsprechenden Büchern in deutscher Sprache, wobei die Publikationen mit psychiatrischem Schwerpunkt mit einem Kreuzchen gekennzeichnet sind.

Adler, A.: **Menschenkenntnis.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1966

Antonovsky, A.: **Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.** DgVT, Tübingen 1997

Austien, J. L.: **Zur Theorie der Sprechakte.** Verlag Reclam, Stuttgart 1979

Bachmair, S.: **Beraten will gelernt sein.** PsychologieVerlagsUnion, München 1989

Bachmair, S.: **Beraten will gelernt sein.** Beltz-Verlag, Weinheim 2001

Becker, T. u. Mitarb. (Hrsg.): **Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 (*)

Becker, T. u. Mitarb.: **Behandlungsleitlinie Psychosozialer Therapien. Band 7 der Praxisleitlinie in Psychiatrie und Psychotherapie der DGPPN.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2005 (*)

Belardi, M. u. Mitarb.: **Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung.** Beltz-Verlag, Weinheim 1996

Benien, K.: **Beratung in Aktion.** Windmühle-Verlag, Hamburg 2002

Benien, K.: **Schwierige Gespräche führen.** Rowohlt-Verlag Hamburg 2003

Beutel, M.: **Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen.** Edition Medicin VCH, Weinheim 1988

Borde, T. u. Mitarb. (Hrsg.): **Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit.** Mabuse-Verlag, Frankfurt 2005

Bucka-Lassen, E.: **Das schwere Gespräch.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005

Cecchin, G. u. Mitarb.: **Respektlosigkeit.** Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg, 1996

Czypionka, St.: Umgang mit schwierigen Partnern. Redline Wirtschaft bei Ueberreuter, Frankfurt 2003

Dahmer, H., J. Dahmer: Gesprächsführung. Thieme-Verlag, Stuttgart 2003

Dorf Müller, M.: Die ärztliche Sprechstunde. Ecomed-Verlag, Landsberg/Lech 2001

Ehlers, S.: Psychosoziale Beratungsgespräche. Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2003

Ehlert, U.: Psychologie im Krankenhaus. Verlag Hans Huber, Bern 1998

Enkelmann, N. B.: Die Sprache des Erfolgs. Linde-Verlag, Wien 2007

Emanuel, J. E., L. L. Emanuel: Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. In: U. Biesing (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Reclam-Verlag Stuttgart 2000

Engelhardt, D. (Hrsg.): Ethik im Alltag der Medizin. Springer-Verlag, Heidelberg 1989

Etrillard, St.: Kleine Katastrophenkunde. Junfermann-Verlag, Paderborn 2005

Evangelische Akademie Hofgeismar: Therapie: Bündnis zwischen Arzt und Patient. Evangelische Akademie von Kurhessen-Waldeck, Protokoll 1983

Finke, J.: Empathie und Interaktion. Verlag Guilford, Stuttgart-New York 1994

Flammer, A.: Einführung in die Gesprächspsychologie. Verlag Hans Huber, Bern 1997

Freudenthaler, I.: Der zufriedene Patient. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2002

Friesen, H., K. Berr (Hrsg.): Angewandte Ethik im Spannungsfeld von Begründung und Anwendung. Verlag Peter Lang, Frankfurt-New York 2004

Gadamer, H. G.: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1993

Gehm, Th.: Kommunikation im Beruf. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 1999

Gehring, P. (Hrsg.): Tod und Sterben im 21. Jahrhundert. WBG, Darmstadt 2007

Geisler, L.: **Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch.** pmi-Verlag, Frankfurt 2002

Geisler, L.: **Arzt-Patient-Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips.** Enquete-Kommission „Recht und Ethik in der modernen Medizin“. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/9020 vom 14.05.2002

Grahmann, R., A. Gutwetter: **Konflikte im Krankenhaus.** Verlag Hans Huber, Bern 2002

Haeske, U.: **Kommunikation mit Kunden.** Cornelsen-Verlag-Skripte, Berlin 2004

Häfner, H.: **Überlegungen zur Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses.** In: C. Cording, W. Weig (Hrsg.): Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses. Verlag S. Roderer, Regensburg 1997 (*)

Härter, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen.** Deutscher Ärzteverlag, Köln 2005

Hartkemeyer, M. u. Mitarb.: **Miteinander Denken – das Geheimnis des Dialogs.** Verlag Klett-Kotta, Stuttgart 2001

Herrmann, K.: **Arzt-Eltern-Gespräche. Vom schwierigen Dialog mit den Eltern kranker Kinder.** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1999

Herzog, B.: **Arzt-Patient-Kommunikation.** Idm-Verlag Dr. Müller, Saarbrücken 2007

Hinrich, C.: **Onlineberatung. Einführung zu einem neu erschlossenen Feld der sozialen Arbeit.** Rabenstück-Verlag Chemnitz, 2003

Horlacher, M.: **Der schwierige Patient.** In: J. Mürner, T. M. Ettl (Hrsg.): HWS-Distorsion und leichte traumatische Hirnverletzung. Karger-Verlag, Basel 1999

Janssen, L.: **Auf der virtuellen Couch.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 1998

Jeismann, K.-E., G. Muthmann (Hrsg.): **Wort und Sinn.** Ferdinand Schöningh-Verlag Paderborn 1968

Kirschning, S.: **Brustkrebs. Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin.** Verlag Leske und Budrich, Leverkusen 2001

Klinger, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Der begeisterte Patient.** Linde-Verlag, Wien 2002

Kowarowsky, G.: **Der schwierige Patient.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005

Kutscher, P. P., H. Seßler: **Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin.** Springer-Verlag, Heidelberg 2007

Langer, I. u. Mitarb.: **Sich verständlich ausdrücken.** Ernst-Reinhardt-Verlag, München-Basel 2002

Langer, Th., M.W. Schnell (Hrsg.): **Das Arzt-Patient – Patient-Arzt-Gespräch. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis.** Marseille-Verlag, München 2009

Langer, I., St. Langer: **Jugendliche begleiten und beraten.** Ernst-Reinhardt-Verlag, München-Basel 2005

Linkener, B.: **Der professionelle Umgang mit schwierigen Menschen.** Mvg Landsberg/Lech 2000

Lotz, N. W. : **Das innere Selbstgespräch oder wie Sie Ihre Gefühle und Verhaltensweisen wirksam beeinflussen können.** Verlag Dietmar Glotz, Eschborn 2002

Miller, B.R., S. Rollnick: **Motivierende Gesprächsführung.** Lambertus-Verlag, Freiburg 2005

Mommert-Jauch, P.: **Körperwahrnehmung und Schmerzbewältigung im Alltag.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Müller, M.: **Der starke Auftritt.** Eichborn-Verlag, Frankfurt 2002

Ploil, E. O.: **Psychosoziale Online-Beratung.** Reinhardt-Verlag, München-Basel 2009

Raspe, H. H.: **Aufklärung und Information im Krankenhaus.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983

Riecher-Rössler, A., J. Bitzer (Hrsg.): **Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis.** Verlag Elsevier/Urban & Fischer, München 2005

Riedel, R. R. u. Mitarb.: **Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005

Rinser, L.: **Mit wem reden?** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt, 1984

Ripke, Th.: **Patient und Arzt im Dialog.** Thieme-Verlag, Stuttgart, 1994

Rockenbach, K. u. Mitarb. (Hrsg.): **Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis.** Pabst Science Publishers, Lengerich 2006

Rogers, C. R.: **Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1983

Rogers, C. R.: **Die nicht-direktive Beratung.** Kindler-Verlag, München 19972

Sander, K.: **Personenzentrierte Beratung.** GwG-Verlag, Köln 1999

Schlicht, G.: **Organisation und Management in der Arzt- und Zahnarztpraxis.** Gustav-Fischer-Verlag, Jena-Stuttgart 2004

Siegrist, J.: **Medizinische Soziologie.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1995

Schnell, M.: **Ethik als empirisches Phänomen.** Schlütersche Verlags-Buchhandlung, Hannover 2005

Schmidt, L. R.: **Psychologie in der Medizin. Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1984

Schüßler, G.: **Bewältigung chronischer Krankheiten.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993

Schulz von Thun, F.: **Miteinander reden I: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 1994

Schulz von Thun, F.: **Miteinander reden II: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung: Differentielle Psychologie der Kommunikation.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 1995

Schulz von Thun, F.: **Miteinander reden III: Das „innere Team“ und situationgerechte Kommunikation: Kommunikation, Person, Situation.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 1999

Schulz von Thun, F. und Mitarb.: **Miteinander reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 2004

Schumpeldick, V., B. Vogel (Hrsg.): **Arzt und Patient.** Verlag Herder, Freiburg 2006

Schwantes, U.: **Der „schwierige Patient“.** In: Th. Langer, M.W. Schnell (Hrsg.): **Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch.** Marseille-Verlag München 2009

Schweickhardt, A., K. Fritzsche: **Kursbuch ärztlicher Kommunikation.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007

Simon, W.: **Gabals großer Methodenkoffer und Grundlagen der Kommunikation.** Gabal-Verlag, Offenbach 2007

Stavemann, H. H.: **Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung.** Beltz-Verlag, Weinheim 2002

Tannen, D.: **Das habe ich nicht gesagt.** Kabel-Verlag, Hamburg 1992

Thill, K.-D.: **Konfliktbewältigung in der Arztpraxis.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004

Thill, K.-D.: **Marketing in der Arztpraxis.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005

Thill, K.-D.: **Professionelles Management.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2002

Thomann, C., F. Schulz von Thun: **Klärungshilfe: Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 1995

Trömmel-Plötz, S.: **Sprache der Verständigung.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1996

Tüchler, H., D. Lutz (Hrsg.): **Lebensqualität und Krankheit.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1991

Vieten, M. (Hrsg.): **Handbuch der Arzthelferin.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 2002

Watzlawick, P. u. Mitarb.: **Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien.** Verlag Hans Huber, Bern 2007

Weakland, J. H., J. J. Herr: **Beratung älterer Menschen und ihrer Familien.** Verlag Hans Huber, Bern 1992

Weig, W., C. Cording (Hrsg.): **Der „schwierige“ Patient im Psychiatrischen Krankenhaus.** Verlag S. Roderer, Regensburg 1998 (*)

Weinberger, S.: **Klientenzentrierte Gesprächsführung.** Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 1992

Weingarten, R. (Hrsg.): **Sprachwandel durch Computer.** Westdeutscher Verlag, Opladen 1997

Zegelin, A., M. W. Schnell (Hrsg.): **Die Pflege und ihre Sprachen.** Schlüter-
sche Verlagsanstalt, Hannover 2006