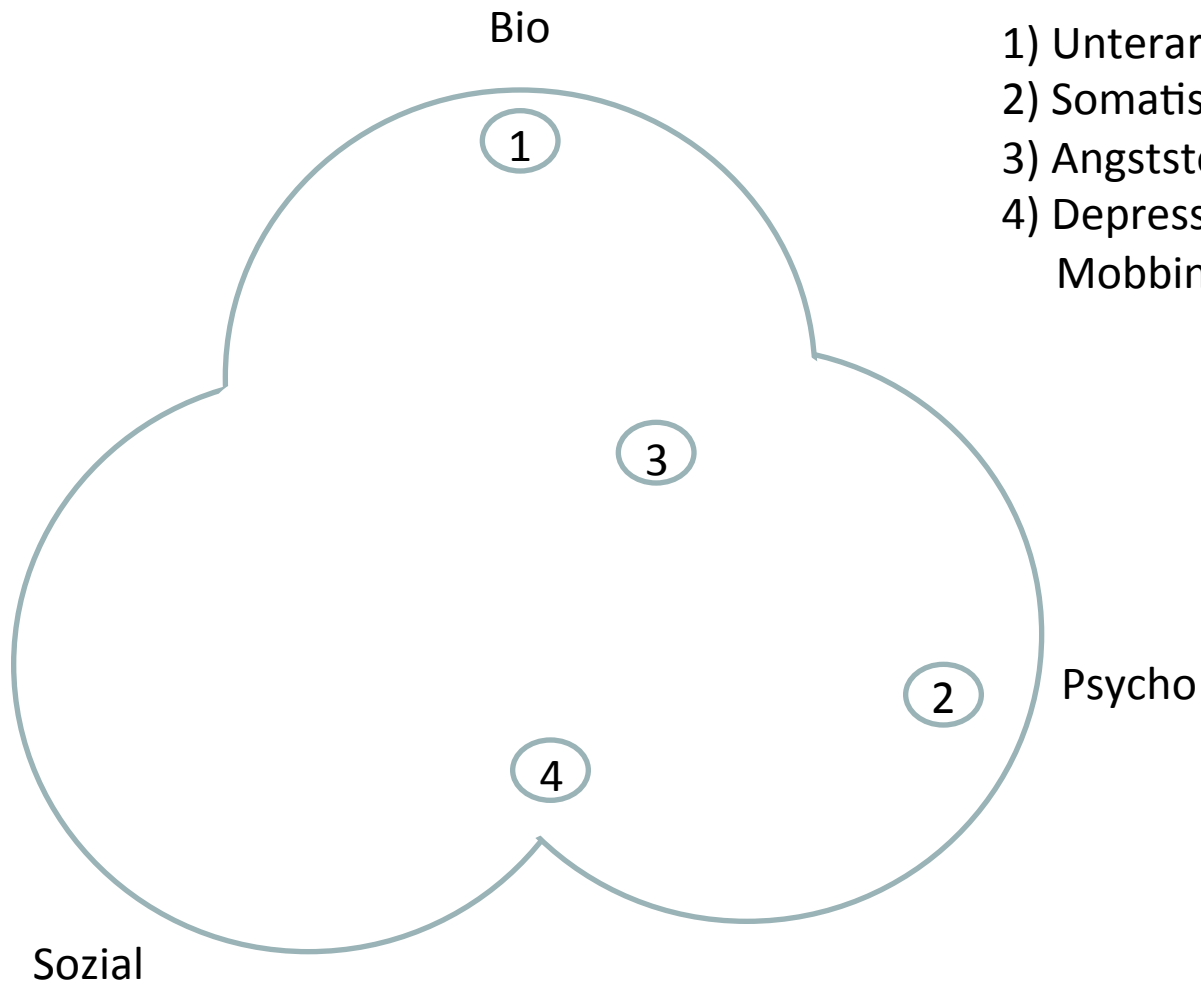


Der schwierige Patient in der Hausarztpraxis Wie kann ich geschickter mit ihm umgehen?

Antonius Schneider

- Patient unfreundlich, rechthaberisch, aggressiv?
- Patient schwierig im Umgang?
- Hat sehr viele Probleme?
- „Jammert“ viel?
- Oder bin ich vielleicht schuld?

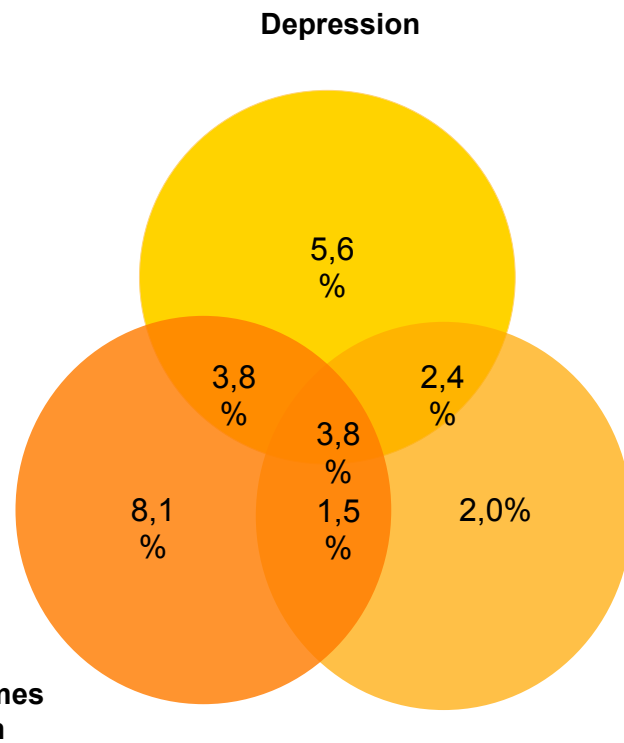
- Depression
- Angststörung
- Funktionelle Störung (Körperbeschwerden ohne organischen Befund = Somatisierung)
- Psychiatrische Erkrankung (Schizophrenie)



- 1) Unterarmfraktur
- 2) Somatisierungsstörung
- 3) Angststörung bei bekannter KHK
- 4) Depressive Reaktion wegen Mobbing am Arbeitsplatz

ARI Bedeutung der psychischen Komorbidität ^{TUM}

- 13 Praxen im städtischen und ländlichen Raum um München
- Screening 1009 GKV-Patienten mit PHQ (Depression, Angststörungen, Somatisierung)



Psychische Komorbidität entsprechend PHQ:
n=274 (27,1%)

TABELLE 1
Soziodemographische Merkmale und Stichprobenbeschreibung

	Patienten aus der Sprechstunde (n = 977)	Patienten mit Tresden-Überweisung (n = 307)	p-Wert
soziodemographischer Hintergrund			
Alter (mw [sd])	49,3 (17,8)	51,4 (17,5)	0,065* ¹
weiblich (n [%])	570 (58,3)	201 (65,5)	0,028* ²
verheiratet oder fester Partner (n [%])	635 (65,0)	230 (74,9)	0,003* ²
Schule > 10 Jahre (n [%])	296 (30,3)	93 (30,3)	0,887* ²
in Erwerbstätigkeit (n [%])	541 (55,4)	159 (51,8)	0,162* ²
Utilisierungsparameter in den letzten 12 Monaten			
Anzahl Überweisungen (mw [sd])	3,7 (4,1)	6,6 (4,4)	< 0,001* ³
Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage (mw [sd])	7,5 (23,2)	7,6 (24,7)	0,423* ³
hausärztliche Praxiskontaktanzahl (mw [sd])	15,2 (16,4)	13,9 (9,3)	0,019* ³
Anzahl der Dauerdiagnosen (mw [sd])	4,4 (4,2)	4,5 (3,9)	0,190* ³
psychische Komorbidität nach PHQ (n [%])	262 (26,8)	70 (22,8)	0,148* ²
Depressivität (n [%])	150 (15,4)	42 (13,7)	0,520* ²
Angstsyndrom (n [%])	54 (5,5)	23 (7,5)	0,218* ²
Paniksyndrom (n [%])	48 (4,9)	21 (6,8)	0,190* ²
somatoformes Syndrom (n [%])	167 (17,1)	42 (13,7)	0,061* ²

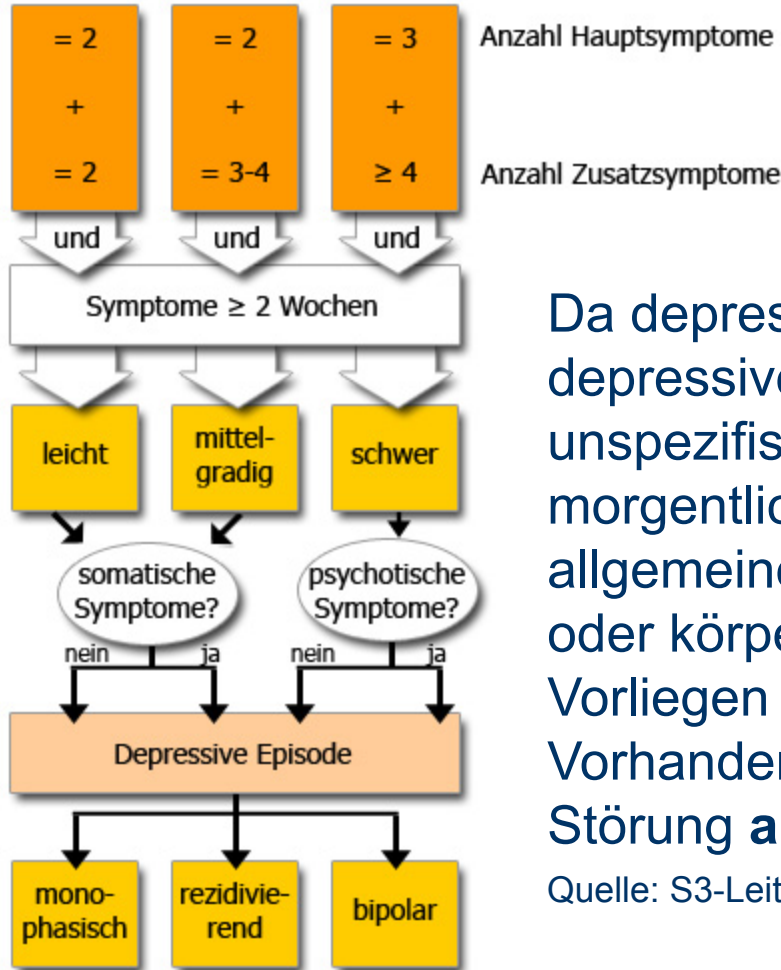
PHQ, Patient Health Questionnaire; mw, Mittelwert; sd, Standardabweichung; n, Anzahl
 Testverfahren: *¹ t-Test; *² Chi-Quadrat-Test; *³ Mann-Whitney-Test

TABELLE 3
Prädiktoren für eine erhöhte Inanspruchnahme*

	Überweisungen > 3 pro Jahr		Hausärztliche Praxiskontakte > 11 pro Jahr		Arbeitsunfähigkeit > 10 Tage pro Jahr	
	OR (95%-KI)	p-Wert	OR (95%-KI)	p-Wert	OR (95%-KI)	p-Wert
Depression (PHQ)	2,1 (1,1–4,0)	0,022	1,3 (0,7–2,5)	0,430	2,5 (1,2–4,8)	0,009
Angstsyndrom (PHQ)	4,1 (1,8–9,6)	0,001	1,8 (0,8–4,4)	0,166	4,2 (1,7–10,5)	0,002
Paniksyndrom (PHQ)	5,9 (2,1–16,4)	0,001	1,4 (0,5–3,8)	0,500	2,8 (0,9–8,1)	0,064
somatoformes Syndrom (PHQ)	2,2 (1,2–4,0)	0,008	2,4 (1,4–4,3)	0,003	2,2 (1,2–4,2)	0,011
maligne Erkrankung	4,0 (2,3–7,0)	< 0,001	2,2 (1,4–3,6)	0,001	0,9 (0,4–1,8)	0,724
neurologische Erkrankung	3,4 (1,8–6,6)	< 0,001	2,6 (1,4–4,7)	0,002	1,3 (0,6–3,1)	0,551
Bewegungsapparat	1,3 (1,0–1,7)	0,097	1,3 (1,0–1,7)	0,092	1,4 (1,0–2,1)	0,081
chronisch-internistische Erkrankung	2,0 (1,5–2,7)	< 0,001	2,5 (1,9–3,3)	< 0,001	1,1 (0,7–1,5)	0,724
psychische/psychosomatische Erkrankung (hausärztliche Diagnose)	2,4 (1,8–3,3)	< 0,001	2,9 (2,1–3,8)	< 0,001	1,9 (1,3–2,7)	< 0,001
Tresen-Überweisung	4,4 (3,1–6,0)	< 0,001	1,1 (0,8–1,5)	0,640	1,2 (0,8–1,8)	0,286

* Binär logistische Regression, separat gerechnet für die einzelnen PHQ-Diagnosen, adjustiert nach Alter, Geschlecht, Schulbildung und Praxiszugehörigkeit; > 11 hausärztliche Praxiskontakte, > 3 Überweisungen, > 10 Tage Arbeitsunfähigkeit wurden als „erhöhte Inanspruchnahme“ definiert (Dichotomisierung am Median), KI, Konfidenzintervall; PHQ-Patienten Health Questionnaire; OR, Odds Ratio

- **Hauptsymptome**
 - Gedrückte Grundstimmung (tiefe Traurigkeit)
 - Interessenverlust
 - Verminderung des Antriebs
- **Nebensymptome**
 - Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
 - Mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
 - Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
 - Negative und pessimistische Zukunftsperspektive
 - Suizidgedanken oder Suizidhandlungen
 - Schlafstörungen
 - Verminderter Appetit



Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgentlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angegeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung **aktiv exploriert** werden. (A)

Quelle: S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2009

- Screeningfragen:
 - Interessensverlust, Stimmungsknick / gedrückte Stimmung
 - Wenn 1x ja: ins Detail gehen (p=42%)
 - Wenn 2x nein: Depression unwahrscheinlich (p=15%)

- Phobische Störung
- Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- Generalisierte Angststörung

- Hervorgerufen durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen
- Agoraphobie
- Soziale Phobie (Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt.)
- Spezifische Phobie (Spinnen etc.)

- Wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik)
- nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränkt und deshalb nicht vorhersehbar
- Wesentliche Symptome: plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation)
- Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden.

- GAD ist generalisiert und anhaltend
- Nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt
- sie ist vielmehr "frei flottierend"
- Wesentliche Symptome sind variabel: ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden
- Häufig Befürchtung, Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben

- Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Was gibt's für funktionelle Erkrankungen?

Fachgebiet	Westliche Diagnose
Gastroenterologie	Reizdarm
Gynäkologie	Prämenstruelles Syndrom
Rheumatologie	Fibromyalgie
Kardiologie	Atypischer Thoraxschmerz
Pulmonologie	Hyperventilationssyndrom
Infektiologie	Chronic fatigue syndrome
Neurologie	Spannungskopfschmerz
Zahnheilkunde	Temporomandibuläre Dysfunktion
HNO	Globusgefühl
Allergologie	Multiple chemical sensitivity

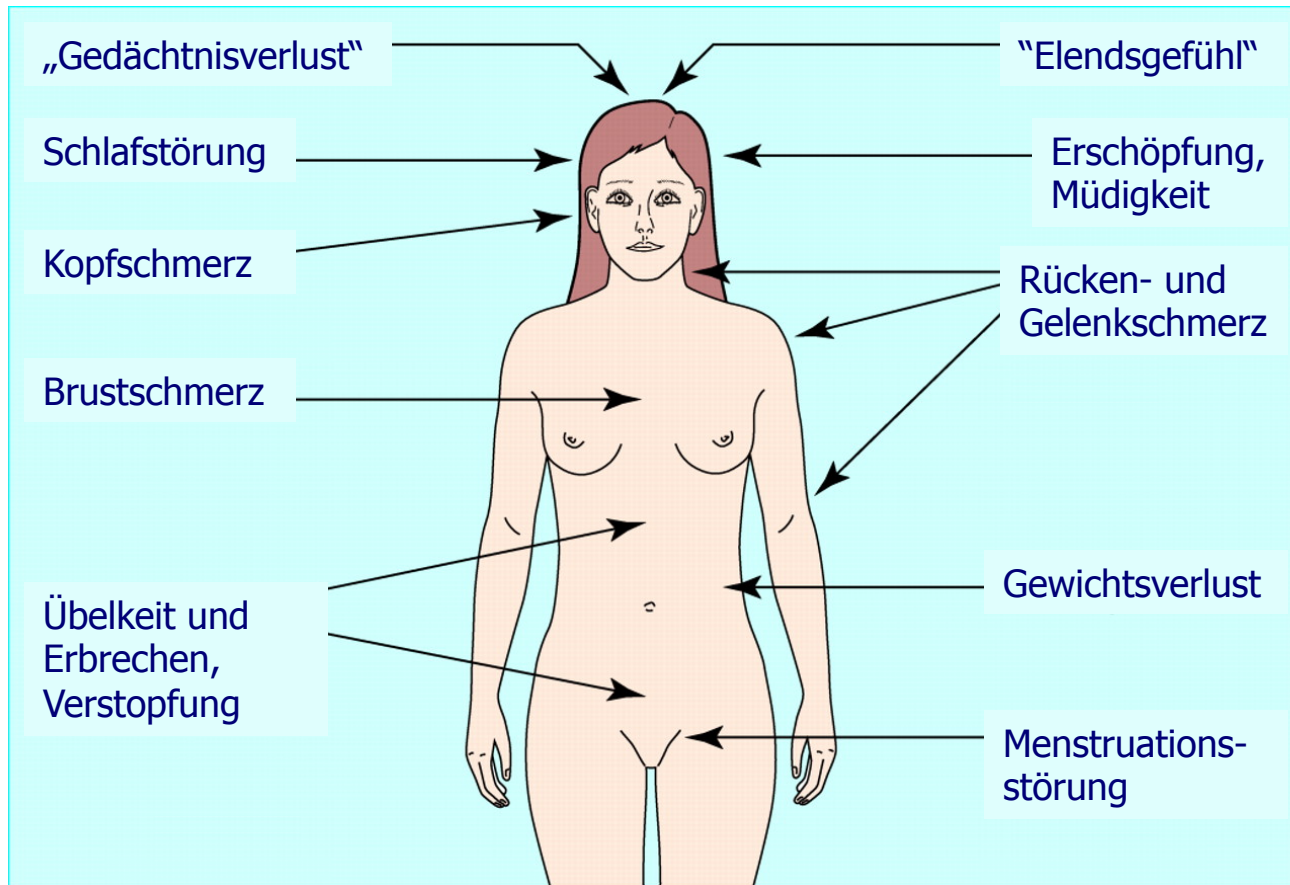
Functional somatic syndromes: one or many?

- **Review-Artikel von Wessely S., Nimnuan C., Sharpe M. im Lancet, 11.9.99**
- gemeinsame Kriterien sind erhöhte Depressivität, Angststörungen, Missbrauchsanamnese, Geschlechterverteilung
- es handelt sich um psychosomatische Erkrankungen
- Differenzierungen entsprechen einem Artefakt der zunehmenden Spezialisierungen

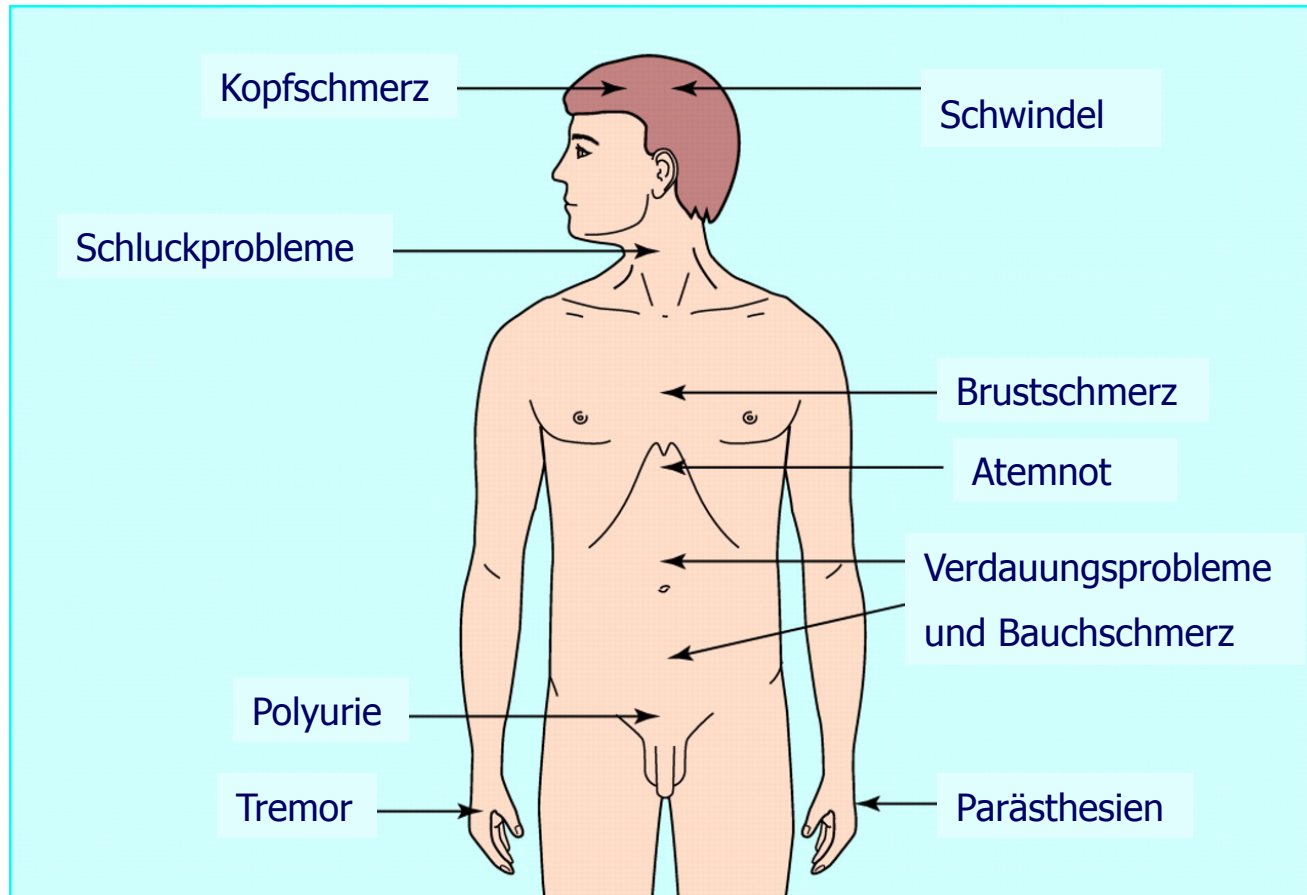
- Dem / Der geht's erstmal schlecht...

- „Sowohl-als auch“ – Perspektive von Anfang an
- „Zweigleisig fahren“
- Vermeiden von Sätzen wie „Ach bei DEM waren Sie! Gut, dass Sie jetzt zu uns kommen...“

Körperbeschwerden ohne Befund – ist das eine somatisierte Depression?



Körperbeschwerden ohne Befund – ist das eine somatisierte Angststörung?



- ...um Schwierigkeiten zu überwinden!

- Übertragung: welche unterdrückten Gefühle überträgt der Patient auf mich?
- Welche Gefühle löst die Übertragung der Gefühle des Patienten auf mich in mir selbst aus?
 - Warum reagiere ich oft so (eigene Geschichte)?
 - Wie geht es mir im Moment?

Verbale und nonverbale Kommunikation

in der

Hausarztpraxis

Gelungene Kommunikation

**Durch optimales Ankern in der
geistigen / emotionalen Landschaft des Gesprächspartners**

- **Rapport**

- **Pacing**

- **Leading**

Problematische Kommunikation

Kein Rapport

**Auf unterschiedlichen Ebenen werden
widersprüchliche Botschaften gesendet**

Inhalts- und Beziehungsebene sind nicht kongruent

- Prinzipiell freundlich bleiben
- Ausreden lassen – unterbrechen hat wenig Sinn
- Erkennen der eigenen „inneren“ Emotion

- Offene, einladende Körpersprache
- Konzentration auf den Anderen und das Gesagte
- Sich auf die Sprache des Patienten einstellen
- Angemessenes Tempo
- Zeit geben zu sprechen
- Verständnisfragen stellen
- Stimmiges nonverbales Verhalten
- Nonverbale Zustimmung und Bestärkung
- Ansprechen des inneren emotionalen Zustands

- Übergehen verbaler Äußerungen und nonverbaler Hinweise
- Verzerrte Zusammenfassungen von Patientenäußerungen
- Ausfragen
- Bagatellisieren
- Vortäuschen von Verständnis (Floskeln)
- Unangemessenes Bewerten

- **Zusammenfassen des Gesagten**
 - ‚Sie haben gesagt, dass Sie sehr bedrückt sind‘

- **Rückmeldungen von Beobachtungen**
 - ‚Ich merke, dass Ihnen die Tränen kommen, wenn Sie daran denken‘.

- **Konfrontieren**
 - Sie sagen, dass macht Ihnen nichts aus, gleichzeitig merke ich an Ihrem Gesichtsausdruck und Ihrem Tonfall, wie sehr Sie das kränkt.

- **Modell geben**
 - Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, hätte mich das schon geärgert – war das bei Ihnen denn gar nicht der Fall?