

Vorwort

Translation ist heutzutage in aller Munde – meist ist damit im medizinischen Kontext die Übertragung von Grundlagenwissen auf die Patientenbehandlung gemeint. Mit diesem Buch versuchen wir uns auch an Translation – hier aber eher von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien zu praktisch unmittelbar nützlichem Handlungswissen – nicht primär für Patienten, sondern für ihre Behandler.

Der Umgang mit Patienten mit unklaren, also meist so genannten „nicht-spezifischen“, „funktionellen“ oder „somatoformen“ Körperbeschwerden ist für praktisch alle Behandler im Gesundheitswesen eine Herausforderung – und da geht es meistens nicht um prinzipielles Wissen, sondern um konkretes „Know-How“ an den verschiedenen Stellen dieses Umgangs: Was mache ich, wenn der erste Eindruck entsteht, dass das Problem eines Patienten in diese Richtung geht? Wie vermittele ich ihm oder ihr, warum eine erneute körperliche Untersuchung der Beschwerden eher schädlich als nützlich ist? Wie erkläre ich ihr, was sie hat? Wie berate ich ihn therapeutisch, wenn die Diagnose ausreichend gesichert ist? Wie kooperiere ich am besten mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Behandlern dieser Patientin?

Solche und ähnliche Fragen möchten wir in diesem Buch so praxisnah wie möglich beantworten. Damit können wir die eigene Erfahrung, auch die Einübung einzelner Gesprächs- und Verhaltensweisen natürlich nicht ersetzen – aber wir möchten neben konkretem Handlungswissen auch die Motivation vermitteln, dass es sich auch im eigenen Interesse lohnt, sich aktiv um den Umgang mit dieser großen Patientengruppe zu kümmern.

Für gelegentliche Rückkopplungen durch Sie, liebe Leserinnen und Leser, inwieweit uns das gelungen ist, wären wir dankbar!

München und Murnau, im März 2015

Peter Henningsen
Constanze Hausteiner-Wiehle

7 Haltung, Gesprächsführung, Partizipation

7.1 Grundregeln der Gesprächsführung

„Der alte Arzt spricht Latein.
Der junge Arzt spricht Englisch.
Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.“

Ursula Lehr, Ex-Gesundheitsministerin

Es gibt ganz unterschiedliche ärztliche Gesprächstypen. Sie unterscheiden sich in

- ihrer Zielrichtung (handelt es sich z. B. um ein Erstgespräch bei unklaren Beschwerden, ein Beratungsgespräch bei einer Medikamentenumstellung oder um eine Befundbesprechung?),
- ihrer Dauer (stehe ich unter Zeitdruck, wartet schon die nächste Patientin, oder habe ich für diesen Termin bewusst etwas mehr Zeit einplanen können?),
- ihrer Gewichtung der Redezeit für Arzt bzw. Patienten (will ich in diesem Gespräch vorwiegend von dem Patienten etwas erfahren wie z. B. zur Vorgeschichte oder zum bisherigen Therapieerfolg, will ich ihn Aktivität und eigene Ideen entwickeln lassen, oder will ich gezielt Informationen vermitteln, z. B. über meine Befundinterpretation, psychophysiologische Hintergründe oder verschiedene Behandlungsmöglichkeiten?)
- oder auch in ihrer affektiven Aufladung (hat die Patientin Angst vor der Mitteilung von Befunden und Diagnosen, ist sie enttäuscht von Vorbehandlungen, habe ich selbst einen besonders harten Arbeitstag oder habe ich grundsätzliche Vorbehalte gegenüber Patienten mit NFS?).

Je nach Gesprächstyp kann man auf ein paar **grundlegende gesprächsfördernde Maßnahmen** sowie auf **bestimmte Gesprächsführungstechniken** zurückgreifen, auf die wir in diesem und den folgenden Kapiteln eingehen werden. Gute Übersichten zu diesem Thema bieten z. B. Maguire u. Pitceathly (2002), Schweickhardt u. Fritzsche (2009), Langewitz (2012) und Fortin et al. (2012); siehe auch Hausteiner-Wiehle u. Schaefer [a].

Eine hohe Kommunikationskompetenz zählt sich übrigens aus: Ärzte mit hoher Kommunikationskompetenz identifizieren Patientenprobleme genauer, sind beruflich zufriedener und weniger gestresst. Auch ihre Patienten sind zufriedener und zeigen eine bessere Krankheitsbewältigung (Maguire u. Pitceathly 2002). Das gilt natürlich für alle Patienten – bei Patienten mit NFS bietet eine

bewusste Gesprächsführung jedoch ein besonders hohes Potenzial, aus „schwierigen“ Patienten „zufriedene“ zu machen.

Die Grundlage jedes Gesprächs ist eine geeignete Atmosphäre (Tab. 7-1). Schon simple Unachtsamkeiten wie eine offene Tür oder eine undeutliche Aussprache können nämlich ein Gespräch unnötig erschweren.

Damit sich Ärztin und Patientin über den Gesprächszweck einig sind, sollten zu Beginn eines Gesprächs die geplanten **Themen**, der geplante **Gesprächsrahmen** bzw. **eventuelle Spielräume** geklärt („Agenda-Setting“) – und diese Vereinbarungen auch einhalten werden.

Tab. 7-1 Kommunikationskompetenz: Grundlagen

Grundlegende gesprächsfördernde Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ● Herstellen eines ungestörten Gesprächsrahmens und einer angenehmen Atmosphäre ● Vermeidung von Sichtbarrieren ● Einsatz von Körpersprache, Beachtung non-verbaler Signale ● ausreden lassen ● deutliche Aussprache ● Verwendung einer verständlichen, laiengerechten Sprache ● Anpassung der Sprache an das intellektuelle Niveau des Gegenübers ● Verwendung von Anschauungsmaterial wie Metaphern, Bildern und Grafiken (wenn möglich)
Agenda-Setting	<ul style="list-style-type: none"> ● „Wir haben heute 10 Minuten Zeit, von meiner Seite geht es v. a. darum, wie Sie die Medikamente vertragen. Was gibt es von Ihrer Seite zu besprechen?“ ● „In der letzten Stunde sprachen wir auch über die Situationen, die Sie zunehmend vermeiden, da würde ich gerne noch einmal drauf zurückkommen. Was haben Sie sich für die heutige Stunde vorgenommen?“ ● „Ich habe eine halbe Stunde Zeit und werde mich nur durch Notfälle unterbrechen lassen.“ ● „Erinnern Sie sich? Für heute hatten wir uns vorgenommen, Ihre bisherigen Befunde zu sichten.“
Klärung der Patientenanliegen	<ul style="list-style-type: none"> ● „Was führt Sie zu mir?“ ● „Was sind heute Ihre Anliegen?“ ● „Was erhoffen Sie sich vom heutigen Besuch bei mir?“ ● „Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen auf dem Herzen liegt?“ ● „Könnten Sie mir das noch genauer erklären?“

Die meisten Gespräche verlaufen, mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, in drei Phasen. Dabei ist die erste Gesprächsphase vor allem bei Erstgesprächen die wichtigste, in der nicht an Zeit gespart werden sollte. Ihr Ziel ist es, das bzw. die Anliegen des Patienten herauszuhören. (Die meisten Patienten haben nämlich gleich mehrere davon, und die eingangs geäußerte Beschwerde ist darunter gar nicht unbedingt immer die wichtigste.) Darum ist diese **erste Phase** klar *patientenzentriert*; er stellt die „**Bühne**“ **des Patienten** dar, auf der er seine Probleme umfassend und aus seiner ganz persönlichen Sicht darstellen darf und allenfalls durch sogenannte „Tell-me-more-Signale“ unterbrochen wird (Tab. 7-1). Werden die Patientenanliegen nicht genügend thematisiert, wird das Gespräch ineffizient, der Patient dreht sich vielleicht im Hinausgehen um, wirft Ihnen noch eine wichtige Frage hin – und dann gerät der Terminplan erst recht durcheinander. Nur was auf dem Tisch liegt, kann auch verhandelt werden!

Die ursprünglich für die Onkologie beschriebene (und in Kap. 7.2 gleich näher ausgeführte) **Ask-Tell-Ask-Technik** (Back et al. 2005) ist eine der wichtigsten Grundregeln der patientenzentrierten Gesprächsführung: Erkundigen Sie sich immer erst, was Ihr Gegenüber schon weiß oder wissen will, schon hat oder braucht, bisher erlebt hat, für die Zukunft annimmt – und antworten Sie dann erst mit Ihrer Einschätzung. Dadurch signalisieren Sie Ihr Interesse und gewinnen wichtige Informationen über Wissensstand und Innenperspektive des Patienten. Versuchen Sie, höchstens 50 % der Gesprächszeit selbst zu reden, und die anderen 50 % zuzuhören!

Die „**WWSZ-Technik**“ (**Warten – Wiederholen – Spiegeln – Zusammenfassen**) (Langewitz 2012; Tab. 7-2) dient dazu, den Patienten frei erzählen zu lassen und dabei Missverständnisse zu vermeiden, das Gespräch zu präzisieren und zu strukturieren, um auch hier dem Patienten die Gewissheit zu vermitteln, gesehen und verstanden zu werden.

Die **zweite Phase** ist *arztzentrierter*, eher kurz und dient der Abrundung wichtiger Informationen, z. B. mittels einer systematischen Abfrage von Beschwerden in weiteren Organsystemen oder Screeningfragen für psychische Erkrankungen. Hier sollte im Interesse der Effektivität auch geschlossen (mit Ja/Nein-Fragen) gefragt werden. Dazu kann eventuell auch auf Fragebögen zurückgegriffen werden (s. a. Kap. 8.1).

Auch die **dritte Gesprächsphase** ist überwiegend arztzentriert. Sie dient dazu, dem Patienten Vorschläge für die nächsten Schritte zu machen, z. B. im Hinblick auf anstehende Untersuchungen, auf die diagnostische Einordnung der Beschwerden, auf Behandlungsmöglichkeiten oder einfach auf den nächsten Termin.

Die wesentlichen Ziele der Gesprächsführung, v. a. im Erstgespräch, sind das Kennenlernen des Patienten und seiner Anliegen, der Vertrauensaufbau und die Planung des weiteren Vorgehens. Es verläuft sowohl im Hinblick auf die erhaltenen Informationen als auch auf die beidseitige Zufriedenheit effektiver, wenn dabei ein paar einfache Grundregeln beachtet werden.

Tab. 7-2 WWSZ-Technik

Strategie		Erläuterung	Beispiel
Warten		<ul style="list-style-type: none"> (>3 Sekunden) mit Blickkontakt zum Patienten; Aufmerksamkeit fokussiert auf den Patienten warten, ob der Patient vielleicht von sich aus, nach einer bestimmten Denkpause, das Gespräch fortsetzen möchte 	<i>[einfach abwarten, was vom Patienten kommt]</i>
Wiederholen		<ul style="list-style-type: none"> einzelne Worte wiederholen, die der Patient gerade benutzt hat stellt Nähe zum Gegenüber her 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Patientin:</i> „Ich frage mich, ob’s was mit dem Herzen zu tun haben könnte.“ <i>Ärztin:</i> „Mit dem Herzen?“ „Sie fragten also Ihren Neurologen ...?“
Spiegeln		dem Patienten Rückmeldungen geben	<ul style="list-style-type: none"> „Ich habe den Eindruck, heute ist es Ihnen gelungen, einige besonders schmerzhaft erlebte Erlebnisse deutlich auszusprechen.“ „Das klingt nach Stress.“ „Ich kann mir vorstellen, dass Sie da unter Druck geraten sind.“
	in Bezug auf das Thema	<ul style="list-style-type: none"> dem Patienten zurückspiegeln, zu welchem Thema er sich gerade geäußert hat evtl. auch Widersprüche thematisieren 	<ul style="list-style-type: none"> „Im Moment reden Sie eher über die Probleme, die Ihre Tochter mit der Situation hat, oder?“ „Da sind Sie offenbar gerade sehr mit der Frage beschäftigt, ob die Diagnostik ausreicht.“ „Es könnte ein wichtiger Hinweis sein, dass Sie zurzeit viel Ärger im Büro haben.“ „Da muss ich noch mal nachfragen: Sie sagten, dass Sie noch nie eine Halserkrankung hatten. Im Arztbrief, den Sie mir mitgebracht haben, wurden zwei HNO-ärztliche Endoskopien beschrieben. Wie passt das zusammen?“

„Verstehen“ ist wichtig – es bedeutet aber nicht automatisch „einverstanden sein“! Eine empathische, zuweilen auch humorvolle Arzt-Patienten-Beziehung hält auch Meinungsverschiedenheiten und Behandlungsschwierigkeiten aus.

7.5 Der Umgang mit „schwierigen Patienten“

Ja, es gibt ideale Patienten: Sie sind jung, vernünftig und zuverlässig, es gibt keinerlei Probleme mit ihren Kostenträgern, Gutachtern etc. Sie schildern ihre Beschwerden präzise, aber nicht zu ausführlich, sie sind nachvollziehbar besorgt, aber beruhig- und auslenkbar, sie halten sich an Verordnungen, sprechen auf die Behandlung an und sind dankbar dafür (Trautmann 2010).

Aber es gibt im ärztlichen Alltag immer wieder auch „schwierige“ Begegnungen: 10–20% aller Patienten gelten bei Ärzten als „schwierig“ (Leitlinien-gruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie 2006; Jackson u. Kroenke 1999; Henningsen 2010; Kowarowsky 2011).

Am häufigsten sind das:

- Patienten, die eine **hohe Inanspruchnahme des Gesundheitswesens** aufweisen, also häufig den Arzt wechseln, viel Gesprächszeit in Anspruch nehmen, viele Untersuchungen verlangen oder häufig den Notarzt alarmieren
- Patienten, deren **Alter und teilweise auch Geschlecht, v. a. aber deren Lebenslage und kultureller Hintergrund** von denen des Arztes abweicht (Bei-



© Thulke © Medical Tribune 2015

spiele: Eine sehr junge Ärztin und ein sehr alter Patient. Eine arrivierte Kardiologin und ein Obdachloser. Ein deutscher Arzt und eine kaum des Deutschen mächtige türkische Patientin)

- Patienten, die ein **anderes Krankheitsverständnis** haben und deshalb mit ihrer Ärztin über die „richtige“ Interpretation der Krankheit oder die „richtige“ Behandlung streiten und die z. B. zur Behandlung überredet bzw. geschickt wurden, Untersuchungen einfordern, die die Ärztin als nicht indiziert ansieht, oder die Behandlungsempfehlungen nicht umsetzen
- Patienten, deren **Persönlichkeit, Einstellungen** bzw. **Verhalten** die therapeutische Beziehung belasten (z. B. aggressives, streitsüchtiges, vorwurfsvolles, entwertendes, großspuriges, theatralisches/demonstratives, forderndes, manipulatives, destruktives, passives, desinteressiertes, bagatellisierendes, unzugängliches, uneinsichtiges, klammerndes oder klagsames Verhalten, ständiges Verlangen nach Anerkennung, hohe Kränkbarkeit, häufige Regelverstöße, ununterbrochenes Reden, Schweigen oder Verweigern der Mitarbeit)
- Patienten, die den Arzt durch **unklare, hartnäckige Beschwerden** verunsichern
- Patienten, die ihre Beschwerden **in ungewöhnlicher Weise präsentieren**, z. B.
 - besonders affektiv aufgeladen („Ich werde noch wahnsinnig wegen dieser Schmerzen!“)
 - personalisiert („Diese Verdauungsstörungen bringen mich um!“)
 - bildhaft („Diese Müdigkeit fühlt sich an, als würde mich ein Vampir ausaugen!“)
 - übertrieben, also diskrepanz zum objektivierbaren Befund
 - zusammen mit (Über-)Interpretationen („Immer wenn ich doch versuche, etwas im Haushalt zu tun, werde ich wieder durch diese Bauchschmerzen bestraft!“)
 - distanziert, gleichgültig oder auf paradoxe Weise sogar glücklich (Der Patient hat z. B. am Arbeitsplatz plötzlich eine Lähmung beider Beine entwickelt, scheint aber diesbezüglich nicht im Geringsten beunruhigt zu sein.)

Auch diese Patienten haben ein Recht auf eine engagierte Behandlung, nicht zuletzt deshalb, weil ihr Verhalten oft selbst einen Teil ihres Problems darstellt. Daher kann es sich auch für Sie lohnen, etwas Energie in „schwierige“ Behandlungssituationen zu stecken – mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit „ernten“ Sie dadurch eine verbesserte eigene und patientenseitige Behandlungszufriedenheit.

Aber Achtung: Schwierige Behandlungssituationen entstehen nicht nur durch „schwierige Patienten“ (also Menschen mit schwierigen Persönlichkeitszügen, Verhaltensweisen oder Motiven). Es gibt auch „schwierige Behandlungen“: eine fehlende Passung zwischen Patient und Arzt, ein unpassender Behandlungsansatz, ein unpassendes Störungsmodell, ein unpassendes Setting

oder ungünstiges Arztverhalten (s. Kap. 7.6). Dazu kommen oft schwierige Kontextbedingungen auf *beiden* Seiten, z. B. „Mobbing“, hohe Arbeitsanforderungen, finanzielle Schwierigkeiten oder ein Unglücksfall. Daher gilt:

- Schwierige Interaktion ist nicht immer gleich „schwieriger“ Patient!
- Beschwerdepräsentation und Interaktionsschwierigkeiten können Informationen über die Bedeutung bzw. Funktion der Störung, dahinterliegende Gefühle, Erinnerungen oder Entstehungsbedingungen enthalten. Sichere Hinweise für eine fehlende somatische Erklärbarkeit sind sie aber nicht.

Exkurs

Wie wir kommunizieren

Das Interaktionsverhalten eines Menschen (also sowohl das Ihres Patienten als auch Ihr eigenes!) entwickelt sich auf der Basis bisheriger Interaktionserfahrungen, Nachahmung/Rollenübernahmen, aber auch entlang der Aktionen und Reaktionen der jeweiligen Interaktionspartner in der aktuellen Situation.

Zum einen bildet sich das Interaktionsverhalten natürlich verbal ab, also in dem, was der Patient sagt (Sachinhalt). Interaktionsverhalten hat aber auch eine non-verbale Ebene, z. B. wie ein Patient sein Gegenüber anblickt, anlächelt, berührt, wie er sich bewegt, welchen Tonfall oder welche Sprache er (bewusst oder unbewusst) wählt oder wie er sich zu dem Gespräch kleidet, bis hin zu willkürlich kaum steuerbaren vegetativen Reaktionen (z. B. Schwitzen, Gesichtsfarbe, Muskeltonus). Eher non-verbal werden Appelle, Beziehungs- und Selbstkundgabehinweise transportiert:

- **Sachebene:** „Mir ist schwindelig.“
- **Appellseite:** „Finde heraus, was das ist.“
- **Beziehungshinweis:** „Ich vertraue auf dich.“
- **Selbstkundgabehinweis:** „Ich habe nämlich fürchterliche Angst, dass ich Krebs habe.“

Die vier Seiten einer so oder ähnlich gesendeten Nachricht sind zudem selten völlig deckungsgleich mit den vier Seiten, wie sie vom Empfänger interpretiert werden (Abb. 7-3). Zum Beispiel könnte beim Empfänger (in diesem Fall beim Arzt) ankommen:

- **Sachebene:** „Du hast einen unspezifischen Schwindel bei unauffälligem Untersuchungsbefund.“
 - **Appellseite:** „Du willst (schon wieder) ein MRT, das aber nicht indiziert ist.“
 - **Beziehungshinweis:** „Du stiehlt mir damit die Zeit.“
 - **Selbstkundgabehinweis:** „Ich finde dieses Gespräch langweilig und nervig.“
- (Hausteiner-Wiehle u. Schaefer b; Schulz von Thun 1981)

- Der „schwierige Patient“ ist sehr häufig ein *Interaktionsproblem* mit Einflüssen *beider* Beteiligten.
- Interaktionsprobleme gehören nun mal dazu, berühren oft den Kern der Probleme des Patienten und sollten reflektiert und gegebenenfalls therapeutisch genutzt werden.

1 Warum wir dieses Buch geschrieben haben

Körperbeschwerden sind Alltag, nicht nur in der ärztlichen Praxis – *jeder* Mensch kennt sie und muss mit ihnen umgehen. 80 bis 90 Prozent von uns haben im Laufe einer Woche eine Körperbeschwerde, etwa Kopf- oder Rückenschmerzen, einen Schwindel oder eine Übelkeit (Hiller et al. 2006; Hausteiner-Wiehle et al., 2013) – aber nur der kleinste Teil von uns erlebt sich deshalb als krank. Zum Arzt geht man dann, wenn man durch körperliche Veränderungen beunruhigt ist, wenn bewährte Selbsthilfemaßnahmen nicht greifen oder wenn man sich in seiner Lebensqualität oder Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt fühlt – also nicht mehr nur „Befindlichkeitsstörungen“, sondern *Be-schwer-den* hat: „Ich habe andauernd Kopfschmerzen“, „Ich bin völlig erschöpft“, „Ich habe immer Herzklopfen und traue mich schon gar nicht mehr aus dem Haus“, „Vor lauter Schwindel schaffe ich meinen Haushalt nicht mehr.“

Doch trotz einer (meist engagierten und sorgfältigen) Abklärung wird bei mindestens jedem fünften Patienten¹ mit körperlichen Beschwerden *keine somatische Erkrankung bzw. Störung* gefunden, die diese Beschwerden hinreichend erklären könnte – egal ob in Hausarzt-, in Facharztpraxen oder in Spezialsprechstunden an Kliniken (Henningsen et al. 2007). Auch Sie sind mit diesen Patienten sicherlich bestens vertraut.

Über das Phänomen „somatisch nicht hinreichend erklärter Körperbeschwerden“ ist in den letzten Jahren viel geredet und geschrieben worden. Die Gründe dafür liegen auf der Hand:

- Es handelt sich um eine große Patientengruppe. Circa 5–10 % der Allgemeinbevölkerung, 20–30 % der Patienten in der Hausarztmedizin und bis zu 50 % in spezialisierten Settings wie Rheuma- oder Schmerzambulanzen sind betroffen.
- Die Beschwerden können in jedem Lebensalter auftreten, d. h. bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen einschließlich älterer Menschen.
- Etwa 25 % der Betroffenen haben einen so starken Leidensdruck, dass sie nicht mehr zur Arbeit gehen oder Familie, Haushalt und Hobbys vernachlässigen.

¹ Da es sich natürlich um Patienten und Patientinnen ebenso wie um Ärzte und Ärztinnen handelt, verwenden wir im folgenden Text abwechselnd die männliche und die weibliche Form; im Plural und bei zusammengesetzten Wörtern benutzen wir der besseren Lesbarkeit wegen aber die allgemeine männliche Form, die natürlich Frauen einschließt.

- Es gibt tatsächlich bisher weder eine (oder mehrere) sicher nachgewiesene Ursache(n) noch eine wirklich durchschlagende Therapie für solche Beschwerden (wenngleich es eine Reihe guter Behandlungsansätze gibt, wie wir in diesem Buch zeigen werden).

In den Jahren 2007 bis 2013 haben wir zusammen mit vielen Kolleginnen und Kollegen (Vertreter von 29 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften und einem Patientenvertreter) die AWMF-S3-**Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“** entwickelt². Ihr Ziel war es, die recht unübersichtliche wissenschaftliche Literatur zum Thema zu sichten, zu bewerten und daraus unter Einbeziehung von 30 medizinischen Fachgesellschaften bzw. Patientenvertretern (also durch das Engagement einer großen und sehr heterogenen Gruppe von Experten) gemeinsam getragene, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen abzuleiten. Besonders positive Rückmeldungen haben wir zu den Praxistipps, den Praxismaterialien und zur Patientenleitlinie erhalten: Offenbar freuten sich viele Kollegen darüber, ganz konkrete Anregungen (bis hin zu Formulierungsvorschlägen) für den täglichen Umgang mit Betroffenen zu bekommen.

Deshalb haben wir dieses Buch geschrieben – wenn man so will eine „Rezeptsammlung“, die Appetit machen will auf die Versorgung von Menschen mit „unerklärten Körperbeschwerden“, und damit auf die Auseinandersetzung mit vielschichtigen Individuen (anstatt mit einzelnen Körperteilen).

Vielleicht werden Sie nach der Lektüre dieses Buches ja einige der üblichen Kategorisierungen hinterfragen, etwa, was „erklärt“ und was „unerklärt“, was „körperlich“ und was „psychisch“, oder was „gesund“ und was „krank“ ist (s. a. Kap. 3). Und vielleicht werden Sie uns dann auch zustimmen, dass viele der hier vorgestellten Anregungen im Grunde für den Umgang mit *allen* Patienten nützlich sind, und dass dieser Umgang auch sehr bereichernd sein kann – und zwar schon vom Erstkontakt an, wenn Sie noch gar nicht wissen, ob die Beschwerden Ihrer Patientin „unerklärt“ bleiben werden, oder wenn Sie sich vielleicht eingestehen müssen, dass Sie sich im ersten Moment sogar gewünscht haben, dass diese Patientin möglichst rasch wieder geht.

2 Ein Großteil der Aussagen und Tipps in diesem Buch beruht auf dieser Leitlinie (weshalb wir nur hier zu Beginn auf sie als unsere zentrale Quelle verweisen). Sie ist als umfangreiche Material- und Literatursammlung in ihrer Lang- und Kurzfassung (letztere auch als praktisches Faltblatt) frei im Internet zugänglich und außerdem als Buch erschienen (Hausteiner-Wiehle et al. 2013; www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html). Zusätzlich zitieren wir aus ausgewählten Original- und Übersichtsarbeiten.

4 Multifaktorielle Genese: Ursächliche, auslösende und aufrechterhaltende sowie protektive Faktoren

Fallbeispiel

Herr M., 34, leidet seit Monaten an quälenden Muskel- und Gelenkschmerzen, ohne dass dafür eine hinreichend körperliche Erklärung gefunden wird. Die Beschwerden begannen im zeitlichen Zusammenhang mit einem Arbeitsplatzwechsel, der ihn sehr belastete. Vor Jahren sprach eine Ärztin anlässlich einer Blutuntersuchung einmal von „erhöhten Rheumawerten“, seither waren die Werte aber normal. In der Vorgeschichte gibt es einen Zeckenbiss. Eine Bekannte meinte, das könne auch von seinen alten Amalgamfüllungen kommen. Als Jugendlicher betrieb der Sohn ehrgeiziger Eltern Hochleistungssport, jetzt treibt er fast keinen Sport mehr, weil er sich früher oft überfordert hat und heute ohnehin nicht mehr genug Zeit dafür findet. Schon als kleines Kind litt er häufig unter starken Kopf- und Bauchschmerzen und kam deshalb sogar mehrmals ins Krankenhaus. Jetzt fragt er sich, was die Ursache seiner Muskel- und Gelenkschmerzen sein könnte.

Kaum eine Erkrankung hat nur *eine* Ursache. Selbst bei Infektionskrankheiten oder Vergiftungen hängen Manifestation und Prognose der Erkrankung von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab. Dies können z. B. sein:

- Alter
- Geschlecht und kultureller Hintergrund
- soziale Situation
- Vorerkrankungen
- Ernährungsstatus
- Immunstatus
- Genpolymorphismen

Vor allem der *Verlauf* von Erkrankungen wird nicht nur vom pathogenen Agens und biologischen Faktoren beeinflusst. Mindestens ebenso wichtig für die Prognose sind psychosoziale Aspekte, z. B. die Medikamentencompliance, die soziale Unterstützung oder ein persönliches Ziel, aufgrund dessen es sich für den Betroffenen lohnt, gesund zu werden. Auch bei einem gebrochenen Bein kann es – nach der Erstversorgung – für die weitere Behandlung wichtig sein, zu klären, ob der Unfall vielleicht unter Drogeneinfluss, in Selbstverletzungsabsicht oder aufgrund völliger Übermüdung aus einer familiären oder beruflichen Überlastungssituation heraus mitverursacht worden ist.



Abb. 4-1 Die multifaktorielle Genese von NFS (Mit frdl. Gen. von: „When the body says stop“, The Research Clinic for Functional Disorders, Aarhus University Hospital, Denmark, Erik Petri)

Der Kontext, in dem NFS entstehen, lässt oft mehrere Ursachendeutungen zu. So kann jemand beispielsweise eine Grippe gehabt haben, die eine anhaltende Müdigkeit erklären könnte. Zusätzlich gibt es aber auch noch einen Todesfall in der Familie, Umstrukturierungen am Arbeitsplatz, einen längeren Krankenhausaufenthalt als Kind wegen einer Tuberkulose sowie eine positive Familienanamnese für Depressionen. In dieser „Landschaft“ ist es kaum möglich, einer Beschwerde eine einzige Ursache zuzuweisen – und auch nicht zielführend. Abbildung 4-1 zeigt, wie ein dänisches Informationsblatt für Patienten mit NFS diesen Sachverhalt darstellt.

Bei der Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung von NFS greifen offenbar körperliche und psychosoziale Faktoren eng ineinander. Auch wenn ihre Pathogenese bisher nicht eindeutig geklärt ist und viele der Einflussfaktoren eher unspezifisch sind, kann man bereits mit einiger Sicherheit sagen, dass mindestens drei Faktoren zusammenkommen müssen:

1. Patienten sind **prädisponiert**, z. B. durch eine genetische Veranlagung oder ungünstige frühe Erfahrungen wie etwa Gewalt oder Vernachlässigung. (An dieser Stelle muss jedoch auch betont werden, dass sehr viele Menschen ungünstige Früherfahrungen machen, aber längst nicht alle von ihnen NFS entwickeln. Außerdem sind diese biografischen Belastungen unspezifisch und erhöhen das Risiko für eine ganze Reihe von körperlichen und psychischen Erkrankungen.)
2. Als nächstes kommt ein **aktueller Stressor** hinzu, beispielsweise ein Unfall, eine körperliche Erkrankung, Migration oder ein Konflikt.
3. Die Symptome werden schließlich **chronifiziert** und **aufrechterhalten** durch innere (z. B. katastrophisierendes Denken, Schon- oder Vermeidungsverhalten) und äußere Faktoren (z. B. Überinterpretation von Bagatellbefunden, unnötige Untersuchungen durch den Arzt oder Kompensationsleistungen wie z. B. eine Rente, kulturelle Normen).

Die „Ein-Syndrom-Hypothese“ (Cicccone u. Natelson 2003; Nimnuan et al. 2001; Witthöft et al. 2013) geht heute davon aus, dass es wahrscheinlich *generelle* ursächliche Faktoren für die verschiedenen Manifestationsformen von NFS gibt, z. B.:

- eine erschwerte Stressregulation und Sensitivierungsprozesse
- Unterschiede in der Symptom*wahrnehmung* (z. B. Schmerzschwelle)
- Unterschiede in der Symptom*verarbeitung* im Sinne einer veränderten zentralen Körperrepräsentation, des „Körpers im Kopf“ (z. B. beim erlernten Schmerz)
- dysfunktionale Erfahrungen, Denk- und Verhaltensweisen

Diese generellen Faktoren erklären sich wahrscheinlich aus einer individuellen (auch geschlechts- und kulturgeprägten) Genetik, Epigenetik und Sozialisierung. Sie können sich im Verlauf von Beschwerden weiter verstärken und stellen dann aufrechterhaltenden Faktoren dar.

Zu dieser Disposition kommen dann innere oder äußere, manchmal *syndromspezifische Auslöser* hinzu (z. B. eine Magen-Darm-Infektion, die ein Reizdarmsyndrom nach sich zieht, eine Leistenbruchoperation, die zu chronischen Schmerzen führt, die Renovierung des Büros, nach der eine Patientin über eine multiple Chemikaliensensitivität klagt, oder einschneidende „Life events“ wie Migration oder Trennung), die darüber entscheiden, ob und in welcher Weise sich die Beschwerden klinisch manifestieren. Die verschiedenen Manifestationsformen von NFS können daher weder einfach so „in einen Topf geworfen“ noch als völlig getrennte Entitäten angesehen werden.

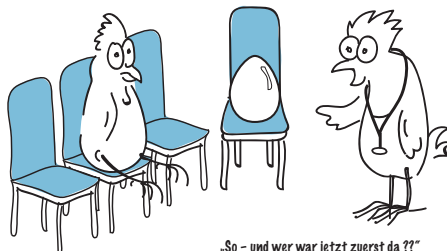
Tabelle 4-1 zeigt eine Zusammenstellung der verschiedenen in Bezug auf NFS relevanten Faktoren. Freilich gibt es Übergänge zwischen den Zuordnungen als „prädisponierende“, „auslösende“ oder „aufrechterhaltende“ Faktoren, ebenso wie es (z. B. beim Faktor „Geschlecht“) oft schwer möglich ist, Faktoren eindeutig als „biologisch“ als „psychosozial“, „soziokulturell“ etc. einzuordnen.

Was bedeutet diese Vielzahl an Einflussfaktoren für unser ärztliches Handeln? Zunächst einmal sollte der Patient so gründlich befragt und untersucht werden, dass ein stimmiges Bild möglicher biologischer, psychischer und sozialer Kontextfaktoren entsteht (s. Kap. 8). Anschließend kommt es darauf an, diejenigen individuellen Faktoren zu identifizieren, die eine therapeutische Relevanz haben, d. h. bei denen die Möglichkeit besteht, den Patienten in Richtung einer Besserung von Gesundheit und Funktion zu unterstützen (s. Kap. 9).

Leider ist aber auch klar: Viele biografische, kulturelle oder politische Einflussfaktoren (wie die leider immer noch zu hohe Prävalenz von Gewalt gegen Kinder und Frauen oder die Struktur des Gesundheitssystems) können von ärztlicher Seite kaum beeinflusst werden. Aber sie stellen Politik und Gesellschaft vor wichtige, idealerweise bereits primärpräventive Aufgaben, vor allem die Eingrenzung von Armut, Gewalt und Vernachlässigung, die gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen wie vor allem der Bildung und die Erhaltung bzw. Herstellung einer hohen Qualität in der Gesundheitsversorgung.

Bei der Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung von NFS greifen biopsychosoziale Faktoren ineinander. Sowohl für die allgemeine Prävention als auch für die individuelle Therapie ist es entscheidend, diejenigen Faktoren zu identifizieren, auf die tatsächlich Einfluss genommen werden kann.

Besser als die zermürbende Suche nach „der *einen* Ursache“ ist die Vermittlung eines ausgewogenen biopsychosozialen Krankheitsmodells.



Geleitwort

Unsere moderne Medizin ist von einem rasanten technischen Fortschritt gekennzeichnet, sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Vor diesem Hintergrund ist es dem einzelnen Arzt bzw. Ärztin¹ beinahe unmöglich, mit all den Neuerungen Schritt zu halten. Der Spezialist verliert sich oft immer tiefer in den Details der Medizin, und der Generalist kann nur noch unter großem Aufwand den Überblick behalten. Dabei stellt sich die Frage, ob der technische Fortschritt in den letzten Jahren tatsächlich eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten oder sogar eine bedeutsame Verlängerung der Lebensspanne zur Folge hat. Denn trotz aller Erfolge der modernen Medizin beklagen sich die Patienten über zu wenig Zeit, die Ihnen die Ärzte entgegen bringen – und die Ärzte zweifeln viel stärker an ihrer eigenen Profession als in früheren Zeiten, obwohl heutzutage bessere Medikamente zur Verfügung stehen, die chirurgischen Verfahren optimiert und die diagnostischen Möglichkeiten erheblich ausgeweitet sind.

Es drängt sich der Verdacht auf, dass bei all den technischen Fortschritten die humanistischen Aspekte des „Patient-seins“ aus dem Blick geraten sind. Unsere moderne Medizin ist da am effektivsten, wo klare Organpathologien durch Bildgebung, Biopsien und Blutkulturen eindeutig abgrenzbar sind. Der Umgang mit vagen Symptomen und diagnostischer Unschärfe fällt uns dagegen immer schwerer. Dies vielleicht auch deswegen, weil wir – Ärzte und Patienten – der Illusion einer immer höheren diagnostischen und therapeutischen Sicherheit hinterherjagen, die uns die medizinisch-technischen Neuerungen versprechen. Dabei wird oft vergessen, dass sich bei einem erheblichen Anteil von körperlichen Beschwerden, die Patienten im praktisch-klinischen Alltag beklagen, keine organpathologisch eindeutig zuzuordnende Diagnose stellen lässt. Der Anteil variiert je nach klinischen Setting von circa 25 % in der hausärztlichen Praxis bis hin zu 50 % in spezialärztlichen Disziplinen, wie z. B. in gastroenterologischen Ambulanzen. Also auch in den Zeiten der modernen Medizin gehen die Menschen mit allen ihren Sorgen und Nöten zum Arzt, und die beklagten körperlichen Symptome sind oft unter anderem Ausdruck von seelischen Beschwerden, die sich organpathologisch weder verstehen noch eingrenzen lassen. Aber wie sollen wir das mit den Patienten kommunizieren? – wo doch wir Ärzte und Patienten von der Illusion der Eindeutigkeit in der Medizin getrieben werden! Vielleicht hilft die Rückbesinnung auf den zeitlosen

1 Im weiteren Text wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit in der Regel das männliche Geschlecht verwendet. Gemeint sind stets selbstverständlich Menschen jeglichen Geschlechts.

Satz von Milton Erickson, dem Begründer der modernen Hypnotherapie: „Die moderne psychosomatische Medizin ist grundsätzlich der Auffassung, dass Symptome Formen von Kommunikation sind. Als solche sind Symptome häufig wichtige Anzeichen oder Hinweise auf Entwicklungsprobleme, die im Begriff sind, ins Bewusstsein zu treten.“

Dieses kommunikative Angebot der Patienten sollten wir Ärzte annehmen und aufnehmen, auch wenn dies nicht immer leicht fällt. Manche Patienten mit somatoformen Krankheitsbildern sind anstrengend, dies erschließt sich bereits aus dem diagnostischen Kriterium nach ICD-10: „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.“ Umso mehr ist es eine ärztliche Herausforderung, das Leid der Patienten anzunehmen und vorurteilslos mit ihnen an ihrem Krankheitserleben zu arbeiten. Um uns bei der Lösung dieser genuin ärztlichen Aufgabe im täglichen Alltag zu unterstützen, haben ausgewiesene Experten, die Psychosomatiker PD Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle und Prof. Dr. med. Peter Henningsen, für uns Ärzte das vorliegende Buch geschrieben. Manches mag dem Praktiker aus dem eigenen Erleben in der täglichen Arbeit bekannt vorkommen, was dem Umstand geschuldet ist, dass das Buch für alle geeignet sein soll, insbesondere jedoch für junge Kolleginnen und Kollegen. Aber auch den erfahrenen Praktiker bzw. Kliniker wird es zum Nachdenken anregen. In unterhaltsamer Weise werden die neuesten Erkenntnisse zu funktionellen bzw. somatoformen Krankheitsbildern nahe gebracht – und gleichzeitig kommunikative Strategien aufgezeigt, um unseren Patienten auf der Basis eines umfassenden Verständnisses von Medizin bestmöglich zu helfen. Es zeigt sich, dass weniger Technik manchmal mehr Medizin bedeutet und gute Gespräche heilend wirken können. Ein wesentlicher Kerngedanke ist dabei die Strategie der „Sowohl-als-auch“-Perspektive. Dieser Ansatz von Gleichzeitigkeit, der von Anfang an eine somatische und psychische Sicht der Erkrankung gleichermaßen ins Spiel bringt, stellt einen äußerst hilfreichen Paradigmenwechsel in der Kommunikation mit den Patienten dar. Viele Denkanstöße hierzu und die Praxistipps kommen spielerisch rüber und überraschen dann durch ihre Tiefgründigkeit. Dabei wird deutlich, dass dieses tiefgehende Verständnis auch uns Ärzten selbst hilft, denn es befreit uns aus dem innerlich gefühlten Zwang, stets heilen können zu müssen. Damit bietet es nicht nur einen Schutz vor Burn-out, es kann vielleicht auch helfen, dass wir Ärzte bessere Therapeuten für unsere Patienten werden. Ich habe das Buch mit viel persönlichem Gewinn gelesen – das wünsche ich Ihnen auch, und viel Freude beim Schmökern!

Prof. Dr. med. Antonius Schneider

Ärztlicher Direktor des Instituts für
Allgemeinmedizin, Fakultät für Medizin,
TU München/ Klinikum rechts der Isar