

# Ärger in der Arzt-Patient-Beziehung

## *Anger Within the Doctor Patient Relationship*

Iris Veit

**Zusammenfassung:** Ärger spielt auf beiden Seiten der Arzt-Patient-Beziehung eine wichtige Rolle. Diese Aussage beruht auf Erfahrungen in Balintgruppen und der Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung. Auf der Basis dieser Erfahrungen wird versucht, eine Systematik verschiedener Anlässe des Ärgers für Ärzte und typische Ärger-assoziierte Interaktionen darzustellen. Unter Ärzten gilt es traditionell als professionell, den Ärger zu leugnen oder zu rationalisieren. Dies kann jedoch schädlich für die Arzt-Patient-Beziehung sein. Im Folgenden wird ein anderer Weg beschrieben: Man kann dieses Gefühl zum Verstehen des Patienten und seiner dysfunktionalen Beziehungsmuster nutzen. Die eigenen Gefühle in Selbstbeobachtung wahrzunehmen, hat den Vorteil, dass Ärger-assoziierte Interaktionen unterbrochen werden. Darüber hinaus ist es für den Arzt hilfreich, dass Auswirkungen negativer Gefühle auf seinen Körper und seine Lebensqualität reduziert werden.

*Schlüsselwörter:* Ärger; Arzt-Patient-Beziehung; dysfunktionale Interaktionsmuster; Selbstbeobachtung; psychosomatische Grundversorgung

**Summary:** Anger can become a crucial matter on either side within the relationship between a doctor and a patient as frequently experienced from Continuing Medical Education (CME) in basic psychosomatic care. Based on the experience obtained from CME a classification of various occasions for anger and anger-associated interactions is presented in this paper. Traditionally it is considered professional for doctors to deny or rationalize anger. However, this can be harmful to the doctor-patient relationship. The paper discusses a different approach in handling this emotion: to understand the patient and his dysfunctional relationship patterns is more constructive. Taking advantage of the introspection of own emotions it becomes easier interrupting anger-associated interactions. Furthermore a reduction of negative emotions increases the doctor's well-being and quality of life.

*Keywords:* Anger; Doctor Patient Relationship; Dysfunctional Interaction Patterns; Introspection; Basic Psychosomatic Care

### Hintergrund

Es existieren kaum Untersuchungen in der internationalen Literatur dazu, wie primärversorgende Ärzte mit dem eigenen Ärger in der Arzt-Patient-Beziehung umgehen können [1, 2], obwohl die Bedeutung dieses Gefühls häufig benannt wird. Auch negative Gefühle sind übertragbar und wirken auf den Arzt. Belegt ist, dass sie dysfunktionale Interaktionen auslösen bzw. ärztliche Entscheidungen und seine Berufszufriedenheit beeinflussen können [3–5]. Im Kontrast zum Mangel an Untersuchungen über das „Wie“ belegen Studien, dass die Aufrechterhaltung einer empatischen Arzt-Patient-Beziehung zu einer höheren Compliance und besseren Versorgung

beiträgt [6–9]. Die Versorgungsrelevanz des geglückten Umgangs mit negativen Emotionen scheint allgemein akzeptiert.

Die meisten Veröffentlichungen zum Thema Ärger versuchen zu charakterisieren, was Patienten zu **schwierigen Patienten** macht. Eine Vielzahl von Items aufseiten des Patienten wie Nichtadhärenz, hartnäckiges Bestehen auf einer somatischen Verursachung geklagter Beschwerden, scheinbare Bevorzugung eines anderen Patienten, mangelnde Transparenz und Fürsorge [10] und aufseiten des Arztes wie die Infragestellung seiner Kompetenz werden benannt. Der Begriff des schwierigen Patienten scheint wegen der Vielzahl der Phänomene wenig klärend.

Neben der Definition des „schwierigen Patienten“ entwickeln Veröffentlichungen, die ihre Wurzeln in medizinpsychologischen und medizinsoziologisch linguistischen Kommunikationstheorien haben, Interventionen zum Management ärgerlicher Patienten [11, 12, 13]. Zusammenfassend sind solche allgemein akzeptierten Interventionen:

- die Anerkennung der Gefühle des Patienten,
- das gemeinsame Suchen nach der Bedeutung dieser Gefühle,
- die Bestätigung der Anteilnahme
- das Verständnis der Perspektive des Patienten
- die Klärung gemeinsamer Zielsetzungen

- und die Ausweitung des therapeutischen Teams.

Eine Verteidigungshaltung des Arztes, sich sofort gegenüber Vorwürfen des Patienten zu rechtfertigen, soll vermieden werden [14]. Alle diese Vorschläge zur Intervention scheinen geeignet, eine hilfreiche Beziehung zu etablieren. Sie basieren jedoch überwiegend auf Expertenkonsens; die Effekte auf das Outcome der Patienten sind bisher nur sehr begrenzt untersucht worden [2].

Daneben steht eine Vielzahl von Veröffentlichungen, die einem psychodynamischen Ansatz und psychotherapeutischen Kontext verbunden sind und die die **Kernkompetenzen** wie die **Haltung der Selbstbeobachtung** und Wahrnehmung von Gefühlen sowie die Neugier als wesentlich beschreiben, um eine empathische Beziehung bei negativen Affekten aufrechtzuerhalten [1, 6, 7, 15]. Sie unterstreichen den Aspekt der Wertschätzung des Patienten, der Vermittlung von Empathie und des Verstehens der Patientenperspektive.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, sich von einer Beschreibung der Vielfalt der Ärger-Anlässe zu entfernen und stattdessen (auf der Basis psychodynamischer Theorie und von Ergebnissen der Bindungsforschung) typische Muster der Beziehungsgestaltung von Patienten zu beschreiben, die mit Ärger assoziiert sind [16]. Solche Beziehungsmuster wurden bereits in der frühen Kindheit verinnerlicht, geprägt von Kindheitswünschen und Enttäuschungen.

Für den Arzt sind das Wahrnehmen seiner Gefühle und das Verstehen solcher Muster wichtig, weil seine Interventionen auf das jeweilige Muster abgestimmt sein sollten, um erfolgreich zu sein. Daher versucht dieses Konzept eine Brücke zu schlagen zwischen Haltungen auf der einen und verbalen Interventionen auf der anderen Seite, zwischen psychodynamischen und medizinpsychologischen, soziologischen und linguistischen Aspekten zur ärztlichen Gesprächsführung. Damit sollen Antworten auf die Frage gefunden werden, wie Ärzte mit dem eigenen Ärger zum Nutzen der Patienten umgehen können.

Zunächst werden von Ärger begleitete Beziehungsmuster und die möglichen Interaktionen zwischen Arzt und Patient basierend auf Fällen aus der hausärztlichen Praxis beschrieben.

### **Beziehungsmuster, die häufig mit Ärger assoziierten Arzt-Patient-Interaktionen einhergehen**

Der enttäuschte Patient – das depressive Beziehungsmuster – Enttäuschungswut

*Vor Ihnen sitzt Herr Weber zum wiederholten Mal in Ihrer hausärztlichen Sprechstunde. Der wiederkehrende Anlass: Schmerzen. Der Patient ist deutlich übergewichtig, der Gesichtsausdruck unsicher abwehrend und missmutig. Der Patient hat seine Erwartungen und Ahnungen: „Hoffentlich macht mir der Arzt keine Vorwürfe!“*

*Auch der Arzt hat Ahnungen und Erwartungen: „Er wird eh nicht machen, was ich vorschlage.“ In seiner Hilflosigkeit greift er auf evidenzbasierte Vorschläge zurück: „Bewegung kann sehr hilfreich sein.“ Doch der Patient fasst jeden noch so gut gemeinten Ratschlag als Vorwurf auf. Seine Reaktion: missmutige Rechtfertigung, Ausreden, passiver Widerstand. „Wie soll ich denn zum Sport hinkommen? Die Rente ist knapp. Und außerdem wurde mir das „G“ in der Bescheinigung des Versorgungsamtes nicht gewährt.“*

*Der Arzt reagiert mit mehr von demselben aus dem Repertoire seiner Vorschläge: Gewichtsabnahme. Der Patient ist zunehmend enttäuscht, es ist wie immer, er wird nicht verstanden. Leichter Ärger schwingt mit, wenn er sagt: „Das weiß ich, doch ich esse gar nicht viel!“*

*Es kommt zu einer aggressiveren Gegenreaktion: „Von nichts kommt nichts!“ und eine Drohung wird angehängt: „Sie werden noch im Rollstuhl enden!“ Der Patient verstummt.*

*Der Arzt schreibt resigniert ein Medikament auf, ahnend, dass bei dem nächsten Termin der Patient sagen wird, dass er es nicht vertragen oder vergessen oder falsch eingenommen hat.*

Bei dem Patienten im hier skizzierten depressiven Beziehungsmodus fehlt der Andere bzw. hat schon immer gefehlt, der Nähe und Geborgenheit gibt. Er hat schon im frühen Kindesalter die Eltern verloren und ist bei schweigsamen, überforderten Großeltern aufgewachsen. Aus Verlust und mangelnder Resonanz entwickelt sich eine Sehnsucht nach Versorgung und Nähe. Diese Sehnsucht führt zu sich selbst überfordernden Anstrengungen und ist verbunden mit einer Wut über deren Vergeb-

lichkeit. „Niemand gibt mir, was ich brauche, obwohl ich mich unendlich anstreuge.“ Am Ende steht ein erschöpftes und enttäushtes Selbst.

Dieses Grundmuster unerfüllter Versorgungssehnsucht zeigt sich in der Gestaltung der Beziehung zum Arzt. Es werden alle Lösungen vom Arzt erwartet und gleichzeitig dennoch unterlaufen. Nichts hilft, nichts ist ausreichend gut. Der passive Widerstand ist nicht nur einer Antriebsarmut, sondern auch einer versteckten Wut zuzuschreiben.

*Wie kann sich der Arzt erleben und reagieren?* Er spürt den auf ihn projizierten Ärger des Patienten. Er fühlt sich frustriert in seinen mühsamen, doch verblichenen Anstrengungen. Er mag den Vorwurf spüren, der hinter der Non-Adherence des Patienten steckt: „Du tust nicht genug für mich!“ Als Reaktion darauf könnte er wie im obigen Beispiel Drohungen aussprechen oder den Patienten zum Spezialisten wegschicken aus dem Motiv heraus: „Du wirst schon sehen, was du davon hast!“ Oder er kann eine strafende Haltung einnehmen im Sinne von: „Wer nicht hören will, soll fühlen“ und aus diesem Motiv heraus invasive Maßnahmen androhen oder veranlassen. Iatrogene Schäden können die Folge sein. Solche Kollisionen werden durch eine Umgebung gefördert, in der invasive statt konservativer Therapien und gesprächsorientierte Medizin honoriert werden.

Für den Patienten wiederholt sich das Erleben von Beziehungsverlust.

Der anspruchsvoll anmaßende Patient – narzisstischer Modus – Scham-Wut

*Schon an der Anmeldung versucht der charmant und überheblich auftretende Mittfünfziger einen Sondertermin herauszuschlagen: „Na, Mädels, wie geht es der Chefin heute? Es wird doch heute eine Ausnahme möglich sein!“ Nie hält er die Regeln der Praxis ein. Auf Kontrolltermine lässt er sich nicht ein, verlangt aber dennoch die Verschreibung seiner Medikamente. Gelegentlich entschuldigt er sich mit zeitlicher Überlastung, die sich aus der Wichtigkeit seiner Person ergäbe, und bringt der „Chefin“ ein Geschenk mit, zum Beispiel einen Kugelschreiberhalter mit einem Aufdruck seines Firmenlogos. Wenn er an die Weiterbildungsassistentin der Praxis verwiesen wird, fallen ihr gegenüber solche Bemerkungen wie: „Das war für den Anfang*

ja ganz nett.“ Und zu den medizinischen Fachangestellten folgt die Äußerung: „Nächstes Mal wieder zur Chefin! Sie kann sich dann ein anderes Opfer suchen!“

Auf die **Entwertung seiner Person** reagiert der Arzt häufig mit dem Gefühl der Empörung begleitet von dem Impuls, sich von diesem Patienten zu trennen. Eine etwas modifizierte Version dieses Modus zeigen Patienten, die übermäßige Ansprüche und Wiedergutmachungsforderungen an das medizinische System stellen, die jetzt der Arzt erfüllen soll: Gutachten, Atteste, Anträge für Rehabilitationen, Unterstützung von Rentenbegehren.

Der Arzt fühlt sich missbräuchlich ausgenutzt, verärgert. Dies umso mehr, je knapper die Ressourcen werden, die er verteilen kann. Vielfach beschleicht ihn eine Scheu, den Patienten mit seinem Verhalten zu konfrontieren, seine Lügen aufzudecken oder ihn mit Grenzen konfrontieren, weil er die leichte Kränkbarkeit und lauernde Wut seines Gegenübers spürt. Er spürt so etwas wie Scham-Wut. Er empfindet denselben Affekt, der die Patienten in diesem Modus leitet.

Es sind Menschen, die ihrem beschämten Selbst ein fantasiertes, glänzenderes Selbst überstülpen. Unter diesem selbstherrlichen Auftreten fühlen sie sich häufig klein und **beschämt**.

#### Der Besserwisser – zwanghafter Modus – Aufbegehren

*Vor Ihnen sitzt ein 74-jähriger Patient, der unter hohem Blutdruck leidet und dem Sie beim letzten Besuch ein neues Medikament zur Senkung der Blutdruckwerte verordnet haben. Nun öffnet der Patient seine Aktentasche, breitet den minutiös mit Marker Stift bearbeiteten Beipackzettel, weiteres Infomaterial und zusätzlich mehrfarbig gestaltete Blutdruckmesstabellen vor Ihnen aus: „Anscheinend hatten Sie keine Zeit, sich über die Nebenwirkungen meiner Medikamente ein klares Bild zu machen.“*

*Der Vater des Patienten hatte bereits im Ersten Weltkrieg schwere Psycho-Traumata erlitten. Man sagt, er war verschüttet. Der Vater konnte seine Wutausbrüche auch gegenüber seinem Sohn nicht kontrollieren. Er hatte ihn später gezwungen, Metzger zu werden und das Familiengeschäft zu übernehmen. Eigentlich hatte der Patient andere Interessen. Er sah jedoch keine andere Möglichkeit, als sich zu unterwerfen.*

In Interaktionen erwartet dieser Patient, dass eigene Bestrebungen unerwünscht sind und bestraft werden. Im Arzt sieht er eher eine unheilvolle, bedrohende oder strafende Instanz. Mit solchen Autoritäten muss er sich anlegen, weil sich in der Begegnung mit ihnen sein Verhältnis zum eigenen Vater aktualisiert, dessen Befehlen und grausamem Gebaren er sich keinesfalls unterwerfen will. Seine Wut verkleidet er in eine scheinbar sachliche Form. Er versteckt sie in einem intellektuellen Machtkampf mit Vorwürfen an den Arzt.

*Wie kann sich der Arzt fühlen und reagieren?* Er könnte den Machtkampf aufnehmen, den Gegenbeweis antreten und ebenfalls bewaffnet mit Lehrbüchern und Studienergebnissen seinen Expertenstatus rechtfertigen. Er könnte autoritär und kurz angebunden auf die Einhaltung seiner Vorschläge pochen. Dann hätte der Patient erfahren, was er immer schon erwartet und zu seiner inneren Gewissheit wurde: Autoritäten sind bedrohliche und grausame Instanzen, die Gehorsam erzwingen und seine Wünsche nicht zulassen.

Weiter mit Ärger verbunden sind der **Beziehungsmodus ängstlicher Patienten** mit ihrem Wunsch nach dem immer verfügbaren Arzt und mehr Diagnostik und die **dramatisch theatralisch auftretenden Patienten** mit oft distanzlosem Verhalten und hartnäckigem Festhalten an einer somatischen Begründung ihrer Beschwerden [10]. Eine Systematik der Beziehungsmodi wird in meinem Buch Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung dargestellt [17].

#### Das Konzept dysfunktionaler Interaktionsmuster der Arzt-Patient-Beziehung

In den geschilderten Szenen im Sprechzimmer wiederholt sich die frühe Kindheitserfahrung mit anderen in einem aktuellen Beziehungsfeld. Denn nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt hat solche Muster der Beziehungsgestaltung verinnerlicht. Ärzte gleichen sich nicht. Der Arzt kann anders als in der im ersten Beispiel gezeigten Weise auf den projektierten Ärger reagieren. Er kann sich noch mehr anstrengen, es dem Gegenüber recht zu machen, immer weitere Lösungen erfinden und sich in diesem mühseligen Tun erschöpfen. Er könnte

Schmeicheleien und Idealisierungen des Patienten für bare Münze nehmen, Regelverstöße ignorieren oder entschuldigen und Wiedergutmachungsansprüchen widerwillig nachgeben (Beispiel 2). Im dritten Beispiel könnte er, wenn er über ein dem Patienten verwandtes Beziehungsmuster verfügt, vehementer als andere auf den Besserwisser reagieren und ihn sofort der Praxis verweisen.

Zwischen Patient und Arzt bildet sich ein Muster gegenseitiger Erwartungen heraus. Vergleichbar anderen Paarbeziehungen [18] können dysfunktionale Interaktionen entstehen. Dies wird in der anglo-amerikanischen Literatur als Enactment bezeichnet.

#### Die Haltung der Selbstbeobachtung und passende Gesprächstechniken

Die unbewusst sich vollziehende Inszenierung eines zentralen Beziehungskonfliktes in der Arzt-Patient-Beziehung ist ein zentrales psychodynamisches Konzept, das auch für den Hausarzt von hohem behandlingstechnischen Nutzen ist [19]. Dieser Nutzen kann zum Tragen kommen, wenn der Hausarzt sich selbst beobachtet und seine Gefühle wahrnimmt. Anstatt sie zu unterdrücken, kann er den eigenen Ärger in seinen besonderen Modifikationen nutzen, um sich und den Patienten zu verstehen. Selbstbeobachtung bedeutet, inne zu halten und wirkt wie ein Gedankenstopp, der Raum für sachliche Überprüfung schafft. Es ist richtig, auch die Vorwürfe eines provozierend auftretenden Patienten ernsthaft zu prüfen. Er könnte recht haben. Eine solche sachliche Betrachtung wird aber nur möglich sein, wenn ein Kreislauf sich aufschaukelnden Ärgers unterbrochen und der Ärger nicht zum umfassenden Ordner weiteren Verhaltens wird. Zusätzlich wirkt ein Perspektivwechsel, der sich in den folgenden Fragen zeigt: Wie erlebt sich der Patient? Wie erlebt er andere? Wenn ich mich so fühle, wie werden andere auf diesen Patienten reagieren? Dieser Perspektivwechsel ermöglicht Verstehen und Aufrechterhaltung von Bindung und modifiziert den Ärger. Damit ist Selbstbeobachtung ein Konzept, das sowohl dem Patienten nützt als auch zur Selbstfürsorge des Arztes beiträgt.

Das Erkennen unterschiedlicher Beziehungsmuster erleichtert dann auch

**Dr. med. Iris Veit ...**



... Ärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Seit 1985 niedergelassen in Gemeinschaftspraxis als Hausärztin und Psychotherapeutin. Lehrpraxis der Ruhr-Universität Bochum. Lehrbeauftragte der Ruhr-Universität für Ärztliche Interaktion. Kursleiterin der „Psychosomatischen Grundversorgung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Balintgruppenleiterin und Supervisorin. Leiterin der Arbeitsgruppe Psychosomatik der DEGAM.

den Einsatz **passender Gesprächsinterventionen**. Nicht jede Intervention ist in jedem Fall von Ärger assoziierten Interaktionen gleich sinnvoll. Im Falle der Enttäuschungswut im ersten Beispiel hat sich als gesprächstechnische Intervention bewährt, das **wahrgenommene Gefühl zu verbalisieren**: „Ich erlebe Sie sehr enttäuscht.“

Um die direkte Konfrontation mit dem anmaßend auftretenden Patienten zu vermeiden, bieten sich **distanzierende Gesprächstechniken** an. Sie beinhalten, eine dritte Person einzuführen und mit dem Konjunktiv zu arbeiten: „Andere könnten denken, dass ...“, „Mein früherer Chef würde sagen, dass ...“, „Am liebsten würde ich Ihnen sagen, dass ...“

Der Arzt sollte es nicht vor sich herschieben, das Patientenverhalten zu thematisieren und diesem Grenzen zu setzen; das gelingt leichter, wenn es mit dem Ausdruck der Sorge oder des Wunders verbunden wird: „Ich sorge mich, dass ...“, „Ich wundere mich, dass ...“

Im Falle des Besserwissers des 3. Beispiels: Sich zu rechtfertigen ist meistens ein falscher Weg, der dazu führen kann, dass der Patient noch mehr in den Machtkampf eintritt. Der aufgezwungene Machtkampf wird vermieden, wenn der Arzt **dem Ärger** des Patienten mit einer Formulierung **ausweicht** [20] wie: „Es tut mir leid, dass Sie sich schlecht behandelt gefühlt haben.“ Oder er **deutet** provozierendes und langatmiges Auftreten wertschätzend **um**: „Es ist gut, dass Sie sich so umfassend informieren und interessieren.“ Weitere Interventionen können sich anschließen, die die **Kontrollmöglichkeiten** des Patienten erweitern, zum Beispiel durch den Vorschlag, andere Experten hinzuzuziehen.

Solche Interventionen und Haltungen sind erlernbar. Dazu dienen Balintgruppen. Konzepte für die universitäre Ausbildung und fachärztliche Weiterbildung sollten den Zusammenhang zwischen Interventionen und Haltungen berücksichtigen.

## Schlussfolgerung

Ärger löst spezifische Interaktionen zwischen Arzt und Patient aus. Das Konzept der Beziehungsmodi kann dem Arzt helfen zu verstehen und einzuordnen, was in seinem Sprechzimmer passiert. Voraussetzung für die Aufrechterhaltung einer empathischen Beziehung auch bei negativen Affekten ist die Kernkompetenz der Selbstbeobachtung. Die Wahl passender Interventionen ist nicht beliebig, sondern abhängig vom jeweiligen Beziehungsmodus und der daraus folgenden therapeutischen Zielsetzung. Hierzu gibt es viel Erfahrungswissen, aber wenig Evidenz. Bewährter Ort, die Kernkompetenz der Selbstbeobachtung einzuüben, sind die Balintgruppen, jedoch fehlt hier meist die Berücksichtigung sprachlicher Beziehungsgestaltung. Beides jedoch ist von Nöten und sollte beim Training von Kommunikationsfähigkeiten in der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden und zum Beispiel mittels videogestützter Rollenspiele eingeübt und erprobt werden [21, 22].

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Iris Veit  
Bahnhofstraße 204, 44623 Herne  
Tel.: 02323 24245  
info@irisveit.de

## Literatur

1. Halpern J. Empathy and patient-physician conflicts. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 696–700
2. Beck RS, Daughtridge R Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 25–38
3. Jain A, Ogden J. General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. *BMJ* 1999; 318: 1596–99
4. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328: 444
5. Cunningham W. The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *N Z Med J* 2004; 117: U972
6. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138–61
7. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1731–9
8. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns*. 2004; 54: 299–306
9. Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Clinical Practice Guideline: non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 803–13
10. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1365–70
11. Murtagh JE. The angry patient. *Aust Fam Physician* 1991; 20: 388–9
12. Brown RE, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual model. *Acad Med* 2008; 83: 37–44
13. Razavi D, Delvaux N. Communication skills and psychological training in oncology. *Eur J Cancer* 1997; 33: 15–21



14. Thomas SP. Anger in mismanaged emotion. *Dermatol Nurs* 2003; 15: 351–7
15. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 420–3
16. Veit I, Janssen PL. Psychosomatische Grundversorgung in der Weiterbildungsordnung. *Westf Arztebl* 2004; 4: 16–17
17. Veit I. Praxis der psychosomatischen Grundversorgung. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Stuttgart: Kohlhammer, 2010
18. Willi J. Was hält Paare zusammen? Ein Prozess des Zusammenlebens in psychoökologisches Sicht. Hamburg: Rowohlt Verlag, 1991
19. Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber, 2006
20. McCord RS, Floyd MR, Lang F, Young V. Responding effectively to patient anger directed at the physician. *Fam Med* 2002; 34: 331–6
21. Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care* 2005; 21: 380–5
22. Veit I, Huenges B, Köster U, Rusche H. Wie kann der adäquate Umgang mit Emotionen im Medizinstudium vermittelt werden? *GMS Z Med Ausb* 2009; 26: Doc30

## ZWISCHEN DEN ZEILEN / BETWEEN THE LINES

### „Schrottwichteln“ – eine Möglichkeit für hausärztliche Qualitätszirkel, Evidenz in die tägliche Arbeit zu bringen

Günther Egidi<sup>1</sup>, Bernhard Lache<sup>2</sup>

In der täglichen Arbeit als Hausarzt/ärztin tauchen Tag für Tag wenigstens zehn unbeantwortete Fragen auf. Zum Beispiel: Welcher Thrombozytenaggregationshemmer ist nach ST-Hebungsinfarkt (STEMI) am wirksamsten? Welche Creme hilft bei Verletzung der Augenhornhaut? Ist bei Schmerzen einer akuten Otitis media eine Paracentese indiziert, und dürfen auch Hausärzte sie durchführen?

In unserem Qualitätszirkel hatten wir irgendwann den Eindruck, die „großen Themen“ Asthma, Diabetes, Rheuma etc. genügend besprochen zu haben. Neben der Schilderung aktueller Kasuistiken suchten wir nach einer Methode, unsere Arbeit wieder etwas spannender zu gestalten. Einen entsprechenden Schub brachte die Umstellung auf ein neues Verfahren: Seit einigen Jahren bringen wir Fragen aus der täglichen Praxis mit, die wie beim Wichteln (in Skandinavien und auch in Norddeutschland Julklapp genannt) von einem anderen Mitglied des Qualitätszirkels mitgenommen werden. Diesem bleibt es überlassen, welche Methode er oder sie für die Beantwortung der Frage verwendet (Experten fragen, im Lehrbuch nachsehen, eine Leitlinie konsultieren, im Listserver fragen oder eine Pubmed-Recherche durchführen).

Konkret tauchte in der Praxis folgendes Problem auf: Ein Dermatologe überwies uns einen gastrointestinalbeschwerdefreien Patienten mit chronischer Urtikaria und Helicobacter-Nachweis im Stuhl zur Eradikationstherapie. Eine am 14.08.13 durchgeführte Pubmed-Recherche zu den Suchbegriffen „Urticaria“, „Helicobacter pylori“ und „Anti-Bacterial Agents“ (Filter: systematic review oder RCT) ergab folgende geringe Ausbeute: 1 RCT [1], 1 kontrollierte Studie [2] und 1 systematischer Review [3]. Im RCT fand sich – bezogen auf den Endpunkt „komplette Remission nach 12 Monaten“ – kein signifikanter Unterschied. Die kontrollierte Studie [2] kommt zu einem positiven Resultat, weist aber starke methodische Schwächen auf. Der aktuelle systematische Review [3] fand etwa gleich viele positive wie negative (10 vs. 9) Studien von meist geringer Qualität. Zwar empfiehlt die dermatologisch-allergologische S3-Leitlinie „Urtikaria“ [4] von 2011 die Eradikation ohne weitere Begründung – aufgrund der Evidenzlage kann diese Empfehlung aber nicht nachvollzogen werden. Der Patient entschied sich nach Aufklärung über die Studienlage gegen die Eradikation.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Huchtinger Heerstraße 41  
28259 Bremen  
familie-egidi@nord-com.net

#### Literatur

1. Valsecchi R, Pigatto P. Chronic urticaria and Helicobacter pylori. *Acta Derm Venereol* 1998; 78: 440–2
2. Magen E, Mishal J, Schlesinger M, Scharf S. Eradication of helicobacter pylori infection equally improves chronic urticaria with positive and negative autologous serum skin test. *Helicobacter* 2007; 12: 567–71
3. Shakouri A, Compalati E, Lang DM, Khan DA. Effectiveness of helicobacter pylori eradication in chronic urticaria: evidence-based analysis using the grading of recommendations assessment, development, and evaluation system. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2010; 10: 362–9
4. Zuberbier T, Aberer W, Brockow K, et al. Therapie der Urtikaria – deutschsprachige Version der internationalen S3-Leitlinie. *Allergo Journal* 2011; 20: 259–276

<sup>1</sup> Hausarzt in Bremen

<sup>2</sup> „ausgelernter“ Arzt in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Bremen