

Jens C. Türp

Der „Problempatient“: Wo liegt das Problem?

Konkretisiert am Beispiel der Funktionsstörungen*

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Dieser Beitrag legt nahe, dass es sich bei der Bezeichnung „Problempatient“ oder „schwieriger Patient“ oftmals um eine Etikettierung eines fachlich und kommunikativ überforderten Behandlers handelt.

Problem: Wenn ein Patient über ausgeprägte körperliche Beschwerden klagt, ohne dass hinreichende somatische Befunde als Erklärung dienen können, wird dieser von Seiten des Behandlers bisweilen als „Problempatient“ oder „schwieriger Patient“ bezeichnet. Jedoch handelt es sich bei einer solchen Zuschreibung meist um eine schwierige interpersonale Beziehung zwischen Behandler und Patient, die durch fachliche, kommunikative und gebührenordnungsspezifische Defizite verstärkt werden kann.

Diskussion/Schlussfolgerung: Am Beispiel der persistierenden Funktionsstörungen/orofazialen Schmerzen wird nahegelegt, dass jeder professionell agierende Behandler seiner Verantwortung und dem vom Patienten entgegengebrachten Vertrauen gerecht werden muss. Dazu müssen Zahnärzte ihre Kompetenzgrenzen kennen und sich vor Selbstüberschätzung hüten. Es gibt nicht nur „schwierige Patienten“; es gibt auch „schwierige Zahnärzte“.

Schlüsselwörter: Arztrolle; Kommunikation; Zahnarzt-Patient-Beziehung; Mustererkennung; Interpretation; klinische Entscheidungsfindung; kranio-mandibuläre Dysfunktionen

Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin, Basel, Schweiz; Prof. Dr. Jens C. Türp

* Deutsche Version der englischen Erstveröffentlichung Türp JC: The “problematic patient”: what is the problem? Illustrated by the example of temporomandibular disorders. Dtsch Zahnärztl Z Int 2021; 3: 16–24

Zitierweise: Türp JC: Der „Problempatient“: Wo liegt das Problem? Konkretisiert am Beispiel der Funktionsstörungen. Dtsch Zahnärztl Z 2021; 76: 22–31

Peer-reviewed article: eingereicht: 14.08.2020, revidierte Fassung akzeptiert: 17.11.2020

DOI.org/10.3238/dzz.2021.0002

The “problematic patient”: what is the problem?

Illustrated by the example of temporomandibular disorders

Problem: When patients report pronounced physical complaints without sufficient somatic findings to substantiate them, practitioners sometimes refer to these patients as being “problem patients” or “difficult patients”. When such an attribution is assigned, it usually denotes a difficult interpersonal relationship between practitioners and patients, which can be further exacerbated by deficits related to professional expertise, communication and dental fee schedules.

Discussion/Conclusion: On the basis of examples of persistent temporomandibular disorders/orofacial pain, it is recommended that professionally practicing dentists should live up to their responsibility and trust given to them by patients. For that purpose, dentists must be aware of their limits of competence and be cautious about overestimating their abilities. There are not only “difficult patients”; there are also “difficult dentists”.

Keywords: health care provider’s role; communication; dentist-patient relationship; pattern recognition; interpretation; clinical decision-making; craniomandibular disorders

Halden nahm den Hörer ...
»Ja – – die Gräfin soll dann – –,
wie, – aber das geht doch auch
ohne mich, Schwester ...
Gut, ich komme ...«
Und zu uns: »Sie müssen
mich schon ein paar Minuten
entschuldigen ... Eine etwas
schwierige Patientin ... «

Max Schraut (Pseudonym von Walther August
Gottfried Kabel [1878–1935]): Harald Harst.
Aus meinem Leben. Band 196 der Romanreihe
«Harald Harst»: Doktor Haldens Patient.
Verlag Moderner Lektüre, Berlin 1925

1. Einleitung

Im Verhältnis zwischen Arzt¹ und Patient können nach Donner-Banzhoff [9] vier grundlegende, schichtenartige ärztliche Funktionen unterschieden werden:

- Der Arzt als Heiler: der patriarchalisch agierende Experte mit exklusivem Wissen.
- Der Arzt als Detektiv: der Fahnder nach scheinbar nebensächlichen Befunden.

- Der Arzt als Gatekeeper: der Erkennner einer Indikationsstellung für medizinisch wirksame Maßnahmen und berechtigter Ansprüche in einem solidarischen Gesundheitssystem.
- Der Arzt als transparenter, patientenzentrierter Therapeut: Partner in einer gleichberechtigten Beziehung.

Angeichts der damit verbundenen Aufgaben und gegenseitigen Erwartungen ist es nachvollziehbar, dass nicht jede Patientenbegegnung frei von Problemen ist. Hoefert [25] bemerkt: „Der ‚glückliche‘ Fall für Patienten und Ärzte ist immer derjenige, bei dem ein bestimmter (organischer) Verursacher für ein Leiden gefunden wird und entsprechende Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen.“ Diese Voraussetzung ist aber nicht immer gegeben. Vor allem im Rahmen von Begegnungen, in denen ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt zwischen dem gestörten subjektiven Befinden des Patienten und

einem keine Besonderheiten aufweisenden klinischen und radiologischen Befund, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass von (zahn-)ärztlicher Seite das Schlagwort „Problempatient“ fällt. Aufgrund seiner unscharfen Definition und inhaltlichen Weite kann dieser Begriff eine ansehnliche Zahl von Personen umfassen. Da eine Zuschreibung mit dem Etikett „Problempatient“ negativ konnotiert ist, ist die Bezeichnung „schwieriger Patient“ [34, 40–41, 50] womöglich die bessere Wahl.

Dunkelberg et al. [10] äußern, dass als schwierig erlebte Patienten für den Behandler „offenbar ein Problem erheblichen Ausmaßes“ darstellen. Von ärztlicher Seite werden 15 bis 18 von 100 Patienten als „schwierig“ angesehen [27]. Vergleichbare Daten aus der Zahnmedizin liegen nicht vor; dessen ungeachtet sind solche Patienten in zahnärztlichen Praxen nicht unbekannt: Auf der Grundlage der Ergebnisse einer landesweiten Erhebung in Österreich (n = 145) berichtete Kreyer [36], dass neben beruflichem Stress (permanenter Zeit-, Termin-, Leistungs- und Qualitätsdruck) die Konfrontation mit „Problempatienten“ Zahnärzte besonders belastet, ja dass es eine regelrechte „Angst des Zahnarztes vor seinem schwierigen Patienten“ gibt. Auf jeden Fall sind diese Patienten für den Zahnarzt und das beteiligte zahnärztliche Personal in der Regel „merk-würdig“ [8] und bleiben lange in Erinnerung. Tabelle 1 fasst häufige Fremdbeschreibungen für solche Personen zusammen.

Als „schwierig“ bezeichnete Patienten sind bezüglich ihrer Beschwerden, ihres Verhaltens und ihres Hintergrunds außerordentlich heterogen. So wird beispielsweise oftmals die Behandlung von Kindern, Angstpatienten und behinderten Menschen als „schwierig“ empfunden [36]. Wenn man jedoch von „schwierigen Patienten“ im engeren Sinne spricht, sind im Allgemeinen andere Personen gemeint. Hoefert und Härter [27] definieren „schwieriges“ Patientenverhalten „als eine wahrgenommene Abwei-

¹ In diesem Artikel wird bei Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit das grammatische Geschlecht (Genus) und nicht das biologische Geschlecht (Sexus) verwendet.

Adjektiv
anspruchlich
belastend
besserwisserisch
enttäuscht
empfindlich
fordernd
gekränkt
hartnäckig
herausfordernd
klagefreudig
lästig
narzisstisch
nervig
nörgelnd
renitent
schwafelnd
uneinsichtig
unfair
unkooperativ
unzufrieden
zahlungsunwillig
zeitraubend

Tabelle 1 Einige adjektivische Beschreibungen aus der Fachliteratur (u.a. [28]) für Patienten, die von (zahn-)ärztlicher Seite als „schwierig“ qualifiziert werden.

chung vom Bild des ‚wünschbaren‘ oder zumindest ‚normalen‘ Patienten“. In der Regel hat man es mit nicht hinreichend geklärten bzw. mit unerklärlichen Körperbeschwerden und Beschwerdeverläufen zu tun, gepaart mit patienteneigenen verhal-

tensbezogenen („Besserwisser“ [36]) und weiteren psychosozialen Besonderheiten.

Bei einer Bewertung dieses Phänomens ist zu klären, worin die grundsätzliche Schwierigkeit – oder „das Problem“ – liegt und ob diese allein auf Patientenseite zu suchen ist.

2. Der schwierige Patient?

Die Charakterisierung eines Patienten als „schwierig“ oder „problematisch“ ist eine Zuschreibung von (zahn-)ärztlicher Seite [55]. Verschiedene Autoren [10, 40] weisen korrigierend darauf hin, dass es sich bei einer solchen Wahrnehmung um ein Beziehungs- und Kommunikationsproblem handelt, also um eine schwierige Interaktion zwischen Arzt und Patient. Diese Aussage wird unterstützt durch die Erkenntnis, dass der Umgang mit zahnärztlichen „Problempatienten“ mit einem gestörten Arzt-Patient-Verhältnis einhergeht, beispielsweise in Form von persönlicher Antipathie, Emotionalität und Äußerungen von Aggressivität [36]. Kowarowsky [35] merkt daher an: „Den schwierigen Patienten gibt es nicht. Es gehören immer zwei dazu.“ (Abb. 1). Dementsprechend schlägt Kreyer [38] folgende Definition vor: „Als Problempatienten, deren Behandlung zu einer psychischen, teilweise auch physischen Belastung für den Zahnbehandler werden kann, werden in erster Linie solche gesehen, bei denen es sich als nicht möglich erweist, eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen.“

Langewitz [40] gibt zu bedenken, „dass die kommunikativen Fähigkeiten von ÄrztInnen eine entscheidende Rolle spielen bei der Wahrnehmung einer Konsultation als schwierig.“ Dabei betrifft die Kommunikation nicht nur diejenige zwischen (Zahn-)Arzt und Patient [11–12, 22, 53, 54, 67], sondern auch die zwischen Behandlern untereinander [7]. Merkmale der interpersonalen Beziehung zwischen Patient und (Zahn-)Arzt sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

3. Umgang mit schwierigen Patienten

Als „schwierig“ titulierte Patienten erwarten von ihren Behandlern vor allem emotionale Unterstützung, also

das Eingehen auf ihre Klagen und Beschwerden, und zwar in einem stärkeren Ausmaß, als dies bei Patienten mit somatisch erklärbaren Beschwerden gewöhnlich der Fall ist [52]. Die Patienten – viele von ihnen haben zuvor erfolglos andere Therapeuten aufgesucht – sind in erster Linie Ratsuchende. Dem (Zahn-)Arzt kommt daher eine besondere Verantwortung zu. Von ausschlaggebender Bedeutung ist die Bildung und Aufrechterhaltung eines Vertrauensverhältnisses. Um dies zu erreichen, ist es geboten, den Patienten (nicht nur bei der Erstkonsultation) ausreichend Zeit einzuräumen, damit sie ihre Beschwerden, Anliegen, Erwartungen und Krankheits- bzw. Erklärungsmodelle darlegen können [14, 17]. Dies ist in einem Beruf, in welchem das (gut bezahlte) Machen gegenüber dem (kaum honorierten) Zuhören, Sprechen und Erklären dominiert, ungewohnt [43]. Einige Strategien für den Umgang mit gemeinhin als schwierig erlebten Patienten finden sich in Tabelle 3.

4. Interpretation

Klinisch und radiologisch lässt sich nur das verlässlich erkennen, was man vorher bereits kennengelernt hat. Auf der Grundlage einzelner oder multipler früherer Erfahrungen werden im Gehirn Muster gespeichert, auf die in vergleichbaren künftigen Situationen zurückgegriffen wird (Mustererkennung [18, 33]). Fachliche Experten mit langjähriger Berufserfahrung haben diese Fähigkeit in besonderem Maße entwickelt [13]. Sie fühlen sich daher auf ihrem Gebiet sicher. Das erworbene Können lässt sich jedoch nicht auf Themen übertragen, in denen man nur wenige Fachkenntnisse aufzuweisen hat. Vergisst man diesen Grundsatz, können Patienten genauso gefährdet werden, wie wenn man die Fortschritte im eigenen Fachgebiet ignoriert.

Der Mustererkennung (Feststellung) als erster Schritt einer Interpretation folgen die Erklärung und die (Be-)Wertung und (gegebenenfalls) die Normierung [4]. Änderungen in der wissenschaftlichen Einschätzung klinischer Befunde, wie etwa die Frage „Normvariante oder Pathologie?“ (z.B. im Falle einer anterioren Ver-

Patientenseite
Angaben vielfältiger, vager, unklarer, zum Teil variabler somatischer Beschwerden
Übermäßige Beschäftigung mit den (bisweilen geringfügigen) Symptomen
Lange Vorgeschichten
Hohes Maß an Beunruhigung
Erhöhter psychosozialer Stress, Vorliegen sozialer Belastungen bzw. auffälliger biographischer Ereignisse (z.B. Trennungskonflikte, pflegebedürftige Angehörige)
Hohe Prävalenz psychischer Störungen bzw. psychiatrischer Diagnosen
Ausschweifende Erläuterungen
Ausgeprägte, aber unvorteilhafte Ursachenüberzeugungen
Subjektiv genaue Kenntnis darüber, was fehlt, woran es liegt und wie man am besten vorzugehen hat, teilweise akribisch auf einem Zettel, Briefumschlag o. Ä. notiert (<i>la maladie du petit papier</i> [5, 49])
Vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens (<i>heavy user</i>)
Aufmerksamkeitsforderndes, klammerndes, manipulatives, forderndes Verhalten gegenüber dem (Zahn-)Arzt
Vorinformiert (häufig desinformiert) durch das Internet
Unrealistische Erwartungen an die Behandler und die Behandlung
Unkooperatives Verhalten, mangelnde Therapietreue (Therapieunwilligkeit), Resistenz gegenüber (zahn-)ärztlichen Empfehlungen
Häufiger (Zahn-)Arztwechsel („Doktor-Shopping“, „Arztnomaden“, „Hospital-Hopping“) [7]
Schlechtes oder kein Ansprechen auf übliche Behandlungsmethoden
Unzufriedenheit
Laufende Verfahren mit anderen Behandlern
Arztseite
Hoher Zeitbedarf (bis Zeitnot)
Schwierige Kommunikation mit dem Patienten
Ausschließliche Fokussierung auf somatische, organmedizinische Aspekte
Abweisendes, dominantes Kommunikationsverhalten
Starke Betonung bildgebender Verfahren
Keine Berücksichtigung psychosozialer Faktoren in Diagnostik und Therapie
Schlecht oder nicht erklärbare Symptome des Patienten: trotz großer Anstrengungen keine Ursachen für die Beschwerden erkennbar (Diskrepanz zwischen Befinden und Befund)
In Konflikt mit den eigenen professionellen Standards

Tabelle 2 Merkmale einer schwierigen Arzt-Patient-Beziehung (erweitert nach [10, 15, 27, 34, 40, 63]).

Überschätzung der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten
Probleme bei der Entscheidungsfindung unter Unsicherheit
Enttäuschende Behandlungsergebnisse (cave: iatrogene Schädigungen durch Über- und Fehltherapie [39, 59, 61])
Hohe Belastung, Gefühl von Ausweglosigkeit, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Ärger, Frustration, Aversion
Gefühl, vom Patienten ausgenutzt zu werden
Unzufriedenheit, Ratlosigkeit, Desillusionierung, Selbstzweifel an der eigenen Kompetenz
Patient-Arzt-Beziehung
Starke Verschiedenheit der „individuellen Wirklichkeiten“ (Krankheitstheorien) von Patient und (Zahn-)Arzt [8, 26]
Fehlen eines von beiden Seiten gemeinsam getragenen Erklärungsmodells (Krankheitstheorie) für die Beschwerden [46]
Fehlen einer gemeinsamen Grundlage zur Einleitung sinnvoller diagnostischer und therapeutischer Schritte, diskrepante Erwartungen zu Wegen und Zielen der Therapie
Auftreten neuer Probleme am Ende der Konsultation
Patient als „Koryphäen-Killer“ [36–37, 47]

Tabelle 2 Merkmale einer schwierigen Arzt-Patient-Beziehung (erweitert nach [10, 15, 27, 34, 40, 63]).

lagerung des Discus articularis: [58]) setzen auf der Stufe der Erklärung an und finden eine Fortsetzung bei der (z.B. klinischen, ethisch-moralischen oder ästhetischen) Wertung bzw. Bewertung des beobachteten Phänomens, für welches, besonders wenn es häufiger vorkommt, in der Regel handlungsbezogene Vorschläge bzw. Empfehlungen, z.B. Leitlinien von Fachgesellschaften, erarbeitet werden bzw. bereits existieren (Normierung).

Gültige Interpretationen klinischer Sachverhalte müssen stets auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgen. Daher ist es unabdingbar, sich regelmäßig über die Entwicklung im Fachgebiet auf dem Laufenden zu halten. Geschieht dies nicht, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine klinische Situation und den darin involvierten Patienten als „schwierig“ oder „problematisch“ einzuschätzen.

5. Sind Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen „schwierig“?

Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) bzw. Myoarthropathien (MAP) und/oder an-

haltenden orofazialen Schmerzen (OFS) sind einem besonderen Risiko unterworfen, als „schwierig“ wahrgenommen zu werden, denn sie unterscheiden sich grundsätzlich von denjenigen Menschen, die üblicherweise in einer zahnärztlichen Umgebung behandelt werden [62]. Bei diesen in ihrer Kieferfunktion gestörten Patienten wird man bei Rückgriff auf das traditionelle „Handwerkermodell“ [23] rasch an seine Grenzen stoßen. Andererseits bereitet die Einführung einer biopsychosozialen Sichtweise [11] im Rahmen der Diagnostik und Therapie [64] offenbar weiterhin erhebliche Schwierigkeiten [56]. Es lässt sich leider immer wieder beobachten, dass Zahnärzte mit wenig Erfahrung auf dem Gebiet der Funktionsstörungen dazu neigen, CMD/MAP- und OFS-Patienten als „psychosomatisch“, „psychisch überlagert“ oder gar „psychisch alteriert“ zu bezeichnen. Eine solche Ad-hoc-Einschätzung offenbart nicht nur mangelnde Fachkenntnis, sondern verstößt darüber hinaus gegen grundlegende ethisch-moralische Prinzipien der (zahn-)ärztlichen Profession [vgl. 17, 44]. Die überwältigende

Mehrheit der Patienten ist nicht „schwieriger“ als Personen, die zum Zwecke des Erhalts, des Ersatzes oder der Stellungsänderung von Zähnen behandelt werden möchten. Wenn pauschal ein verbaler Abschied in eine „Psycho-Ecke“ erfolgt, liegt die „Schwierigkeit“ – oder treffender: das Problem – auf Seiten des Zahnarztes. Man muss sich als Behandler seiner fachlichen Grenzen bewusst sein und sich über Sachverhalte aus Gebieten außerhalb seiner erworbenen Expertise mit gebotener Vorsicht äußern.

Eine besondere Herausforderung stellen Patienten mit *persistierenden* bzw. *chronischen* OFS jenseits gewöhnlicher Zahnschmerzen dar, insbesondere dann, wenn die Schmerzen nicht durch strukturelle Läsionen nachweis- und erklärbar sind, so wie dies sonst in der Zahnmedizin fast regelhaft der Fall ist. Mit einem Leidensgefühl und funktionellen Beeinträchtigungen einhergehende unspezifische Beschwerden kommen in der Medizin relativ häufig vor (z.B. Globussyndrom; chronisches Erschöpfungssyndrom) [57] und werden gesamtthaft als „funktionelle Körperbeschwerden“ bezeichnet [51].

Strategien
Bestätigung der Glaubhaftigkeit der Beschwerden: diese sind weder eingebildet noch werden sie absichtlich vorgetäuscht
Respekt und Bemühen um Offenheit, Empathie und Wertschätzung gegenüber dem Patienten
Sachlichkeit; Vermeidung emotionaler Reaktionen
Eigene Erwartungen realistischer gestalten
Einsatz bewährter Kommunikationstechniken: <ul style="list-style-type: none"> – geduldiges, nicht wertendes Zuhören – Schaffen eines klaren zeitlichen und strukturierten Rahmens für die Konsultation – Direktheit; Vermeidung missverständlicher Aussagen – Einsetzen von Humor als Mittel im Gespräch – gezielte Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte (Krankheitstheorien), Ursachenüberzeugungen und Wünsche des Patienten – Einbezug des Patienten in die Entscheidungsprozesse (partizipatorische Entscheidungsfindung)
Atmosphären- bzw. situationsspezifische Strategie der vagen Rückmeldungen ohne Begründungen [40], wie <ul style="list-style-type: none"> – „Offenkundig kommen wir an diesem Punkt nicht weiter.“ – „Ich merke, dass ich nicht weiß, wie ich Ihnen jetzt an dieser Stelle weiterhelfen kann.“
Beziehung persönlicher gestalten durch Selbstoffenbarung, z.B. „Danke, dass Sie mir das so deutlich sagen.“ [41]
Grenzen setzen und weitere Hilfe mobilisieren: <ul style="list-style-type: none"> – Schwierigkeiten ansprechen, Konfrontation des Patienten mit unangemessenem Verhalten – Überweisung des Patienten – In aussichtslosen Fällen: kollegialen Rat einholen, (Zahn-)Arztwechsel empfehlen
Vermeidung des Heranziehens von Bagatell- und Zufallsbefunden als Erklärung für die Beschwerden
Vermeidung unnötiger und redundanter Untersuchungen
Verzicht auf nicht indizierte Therapien
Aktuelle, vertrauenswürdige und bei Nachfragen belastbare Aufklärung [1]
Berücksichtigung aktueller Handlungsempfehlungen (Leitlinien etc.)

Tabelle 3 Einige Strategien für den Umgang mit als schwierig erlebten Patienten (in Anlehnung an [7, 10, 40])

Bei vorhandenen syndromal ausgeprägten Schmerzen (z.B. Fibromyalgie-Syndrom; Reizdarm-Syndrom) spricht man von „syndromalen schmerzdominanten funktionellen Körperbeschwerden“ oder „funktionellen somatischen Schmerzsyndromen“ [21, 24]. Darunter fallen auch Patienten mit chronischen CMD/MAP [21]. Beim Kontakt mit diesen Patienten ist der Zahnarzt bisweilen Situationen ausgesetzt, wie sie aus der Medizin bekannt sind. So hat man es beispielsweise mit Patienten zu tun,

- die bei der Erstkonsultation mit Ordern (*fat folder*) [16, 32], gefüllt mit schriftlichen Dokumenten (Be-

fundberichte, Ergebnisse aus bildgebenden Untersuchungen, Schriftwechsel mit Kostenerstatern, etc.), erscheinen;

- die zu ihren Terminen gerne mit (meist kleinen) Zetteln erscheinen [42], auf denen sie akribisch neue Fragen zu ihrem Beschwerdebild notiert haben, die es zunächst einmal geduldig abzuarbeiten gilt (*la maladie du petit papier*) [5, 49];
- deren (zahn)ärztliche Dokumentation überproportional ausführlich ist – und die Patientenakte entsprechend dick (*thick-file case*) [14].

Zusammenkünfte in dieser ausgeprägten Form sind jedoch selbst in

universitären Abteilungen oder Sprechstunden, in denen sich ausschließlich funktionsgestörten Patienten gewidmet wird, die Ausnahme. Niedergelassene Kollegen sollten sich daher frühzeitig entscheiden, wie sie mit solchen Patienten umgehen möchten. Im Falle einer fachlichen Überforderung ist eine frühzeitige Überweisung an geeignete Einrichtungen an Universitätszahnkliniken oder an spezialisierte Kollegen empfehlenswert. Allerdings ist es je nach Wohnort nicht einfach, eine kompetente Anlaufstelle zu finden. Dies trifft selbst auf universitäre Standorte zu. Die Funktionsstörungen sind kein Gebiet, an

Anbieter	Fortbildung
Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe	Curriculum Funktion und Schmerz [URL: https://www.za-karlsruhe.de/de/akademie/fortbildungsangebot/curriculum.html?curriculum=Funktion_und_Schmerz_2021.html]
Akademie Praxis und Wissenschaft	Curriculum Bruxismus [URL: https://www.apw.de/iw/curricula/curriculum-bruxismus]
Akademie Praxis und Wissenschaft/ Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie	Curriculum Funktion, Dysfunktion, CMD und Schmerz [URL: https://www.apw.de/curricula/curriculum-funktionsdiagnostik-und-therapie]
Akademie Praxis und Wissenschaft	Curriculum Psychosomatische Grundkompetenz [URL: https://www.apw.de/curricula/curriculum-psychosomatische-grundkompetenz]
Universität Greifswald	Masterstudiengang Zahnmedizinische Funktionsanalyse und -therapie [URL: http://www2.medizin.uni-greifswald.de/dental/master/index.php?id=451]
Fachgesellschaft	Arbeitskreis
Deutsche Schmerzgesellschaft	Interdisziplinärer Arbeitskreis für Mund- und Gesichtsschmerzen [URL: https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/die-gesellschaft/arbeitskreise/mund-und-gesichtsschmerzen]
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK [URL: https://www.akpp-online.de/]

Tabelle 4 Fortbildungsmöglichkeiten sowie Arbeitskreise auf den Gebieten Funktionsstörungen, orofazialer Schmerz und Psychosomatik in Deutschland.

(Tab. 1–4: J. C. Türp)

dem übermäßig viele Zahnärzte Interesse zeigen. Dies reflektiert sich auch in der universitären Lehre. So ergab eine vor rund 10 Jahren durchgeführte Erhebung von Hugger et al. [29], dass an nur 2 von 30 zahnmedizinischen Universitätsstandorten in Deutschland das Thema CMD in einer eigenen Veranstaltungsreihe unterrichtet wird. An dieser Situation hat sich bis heute nichts Wesentliches geändert.

Angesicht der Tatsache, dass

- sich das Gebiet „Funktionsstörungen/OFS“ thematisch von den anderen zahnmedizinischen Fachgebieten fundamental unterscheidet [56];
- dieses Gebiet offensichtlich nicht in ausreichendem Maße in die zahnärztliche Ausbildung eingebunden ist [29];
- die Zahl neuer wissenschaftlicher Belege [66] jährlich in Form qualitativ hochstehender Fachartikel, die z.B. über Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien [65] berichten, zunimmt [30];
- der Erwerb profunder Fachkenntnis nur möglich ist durch
 - (a) eine fundierte Aus- und Weiterbildung,
 - (b) zeitnahes Lesen relevanter Fachliteratur [60],
 - (c) den regelmäßigen Besuch qualitativ hochstehender Fortbildungsveranstaltungen, und
 - (d) regelmäßige (tägliche) Kontakte mit betroffenen Patienten über viele Jahre hinweg²,

ist zu folgern, dass ein großer Teil der als „schwierig“ charakterisierten CMD/MAP/OFS-Patienten deshalb so tituliert wird, weil es auf Behandlerseite häufig an entsprechender Expertise mangelt [56] und die Patienten nicht angemessen diagnostiziert und behandelt werden. Diese Sicht wird durch Daten von Kreyer [36] bestätigt: Ein wesentlicher Grund der Angst eines Zahnarztes vor einem als „schwierig“ eingeschätzten Patienten liegt demnach in einer als mangelhaft wahrgenommenen eigenen Fachkompetenz. Beschränkte Kenntnisse auf dem Gebiet der Funktionsstörungen geben viele Kollegen im persönlichen Gespräch auch unumwunden zu. Man kann nicht für alle Arten von Beschwerden im Mund-

² Der kanadische Arzt Sir William Osler (1849–1919) bemerkte: „To study the phenomena of disease without books is to sail an uncharted sea, while to study books without patients is not to go to sea at all.“ („Die Phänomene der Krankheit ohne Bücher zu studieren, bedeutet, ein unbekanntes Meer zu befahren, während das Studium von Büchern ohne Patienten bedeutet, überhaupt nicht zur See zu fahren.“) [2]

Kiefer-Gesichts-Bereich ein ausreichendes Maß an Kompetenz besitzen. Vorwiegend handwerklich und klinisch-operativ orientierte Zahnärzte sind aber keine empfehlenswerte Adresse für diese Patienten [50].

Eine Lege-artis-Durchführung der Befunderhebung bei Patienten mit Funktionsstörungen und/oder OFS wird erschwert durch abrechnungsbedingte Einschränkungen, insbesondere hinsichtlich des teilweise erheblichen Zeitbedarfs einer ausführlichen Anamnese. Die mangelnde Honorierung der Erhebung der individuellen Patientengeschichte ist weltweit ein gravierendes Problem, das den Patienten zum Nachteil gereicht. Eine löbliche Ausnahme findet sich in der Tarifordnung der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO): sie erlaubt eine Honorierung der MAP-Anamnese im 5-Minuten-Takt. Nur auf diese Weise ist sichergestellt, dass die Patienten in ausreichendem Maße zu Wort kommen. Dabei fällt der Anamnese sowohl in der Allgemeinmedizin [19] als auch in der Schmerzmedizin [48] eine Schlüsselfunktion zu bei der Beurteilung eines klinischen Falls. Die Kombination aus

- unzulänglicher Aus-, Weiter- bzw. Fortbildung,
- unvollständigen anamnestischen Patienteninformationen und
- möglichen kommunikativen Defiziten

macht komplexe Fällen nicht nur „schwierig“ und „problematisch“, sondern führt zwangsläufig zu einem Misserfolg (selbst wenn man diesen als Behandler nicht immer erkennt).³

6. Diskussion

Dem Etikett „Problempatient“ mag für manchen Zahnarzt die Funktion einer „Entlastung“ zukommen, indem er sich dadurch eines Teils seiner Verantwortung entziehen zu können glaubt. Mit einer solchen Strategie beraubt sich der Behandler aber eines der kostbarsten Güter, welche ihm im Umgang mit Patienten zur Verfügung stehen: Vertrauen, das – wie der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio anmerkte – „Bindemittel“ in der



(Abb. 1: erschienen in der Satirezeitschrift „Punch“, or „The London Charivari“ am 20. Oktober 1909, S. 277)

Abbildung 1 Schwieriger Patient oder schwieriger Arzt? Unterschiedliche Erwartungshaltung von Patient und Arzt, gepaart mit unvoreilhafter Kommunikation. (Auf der Grundlage eines Holzstichs von Henry Matthew Brock, erschienen in der Satirezeitschrift „Punch“, or „The London Charivari“ am 20. Oktober 1909, S. 277: A doctor angry with his patient for trying quack medicine as well as his own prescription. URL: <A doctor angry with his patient for trying quack medicine as Wellcome V0011480.jpg> [letzter Zugriff: 04.01.2021])

Zahnarzt-Patienten-Beziehung: „Die Notwendigkeit des Vertrauens tritt [...] dort auf den Plan, wo der Patient gar nicht mehr beurteilen kann, ob das, was der Arzt empfiehlt, tatsächlich ein guter Rat ist oder nicht.“ [45]

Seit Jahren zeigen repräsentative Befragungen in Deutschland, dass nach den Feuerwehrleuten (2019: zu 94 %) die Berufsgruppe der Ärzte (2019: zu 87 %) das höchste Ansehen in der Bevölkerung genießt [6]. Dies zeigt: Zahnarzt zu sein bedeutet, einem Vertrauensberuf nachzugehen [45]. Dieser Vertrauensvorschuss darf nicht durch unprofessionelles – unwissenschaftliches und/oder unethisches – Handeln gefährdet werden. Dies kann allein schon dadurch geschehen, dass man in klinischen Situationen, die aus dem Rahmen des für den Behandler Üblichen fallen, Begriffe wie „Problempatient“ verwendet.

Boland [3] rät: „Bevor wir einen Patienten als Problem brandmarken, sollten wir uns selbst und unsere Reaktionen auf den Patienten analysieren und überlegen, warum wir diese Reaktion haben.“ Bei der Charakteri-

sierung von Personen als „schwierige Patienten“ handelt es sich um eine Interpretation, die in einem Teil der Fälle eine Fehlbeschreibung darstellt und fachliche sowie kommunikative zahnärztliche Defizite offenlegt. Es gibt auch „schwierige“ (Zahn-)Ärzte [31].

7. Fazit

Den aktuellen Stand in seinem Fach bzw. Spezialisierungsgebiet und zugleich die Grenzen seiner fachlichen und kommunikativen Kompetenz zu kennen ist eine Eigenschaft, die einen professionell agierenden und eine „gute Zahnmedizin“ [20] praktizierenden Zahnarzt auszeichnet. Selbstüberschätzung ist eine der größten Gefahren für beruflichen Misserfolg und ein Risikofaktor für die Schaffung „schwieriger“ Patienten.

Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

³ Entsprechende postgraduale Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Literatur

1. Antes G, Türp JC: Partizipatorische Entscheidungsfindung? Ja gerne, aber nur auf der Basis aktueller, vertrauenswürdiger und verständlicher Informationen! Dtsch Zahnärztl Z 2012; 67: 675–676
2. Bean WB (Hrsg): Sir William Osler. Aphorisms. From his bedside teachings and writings. Charles C Thomas, Springfield, IL 1961, S. 80, Aphorismus 129
3. Boland R: The ‘problem patient’: modest advice for frustrated clinicians. R I Med J (2013) 2014; 97: 29–32
4. Bühler A: Die Richtigkeit von Interpretationen. Z philos Forsch 2008; 62: 343–357
5. Burnum JF: La maladie du petit papier. Is writing a list of symptoms a sign of an emotional disorder? N Engl J Med 1985; 313: 690–691
6. DBB Beamtenbund und Tarifunion: dbb Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst 2019. Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen der Bürger. forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, Berlin 2020
7. de Zwaan M, Müller A: Doctor Shopping: Über den Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten. Wien Med Wochenschr 2006; 156: 431–434
8. Demmel H-J: Der „merk-würdige“ Patient in der zahnärztlichen Praxis. Zahnärztl Mitt 2006; 1: 29–31
9. Donner-Banzhoff N: Arzt und Patient. Archäologie einer Beziehung. Dtsch Arztebl 2012; 100: A2078–A2082
10. Dunkelberg S, Schmidt A, van den Bussche H: Schwierig, unbequem oder gefürchtet: Eine besondere Gruppe von Patienten in der Hausarztpraxis. Z Allg Med 2003; 79: 14–18
11. Egger JW: Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin: Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin. Facultas, Wien 2017
12. Emmerling P: Ärztliche Kommunikation, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart 2019
13. Fischer PM: Berufserfahrung älterer Führungskräfte als Ressource. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden 2007, S. 275
14. Franklin LM: The thick-file case. N Z Med J 1971; 74: 253–255
15. Gillette RD: ‘Problem patients’: a fresh look at an old vexation. Fam Pract Manag 2000; 7: 57–62
16. Goodridge DM: An analysis of fat folders. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 239–241
17. Groß D: Ethik in der Zahnmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen. Quintessenz, Berlin 2012
18. Gruber H: Mustererkennung und Erfahrungswissen. In: Fischer MR, Bartens W (Hrsg): Zwischen Erfahrung und Beweis. Medizinische Entscheidungen und Evidence-based Medicine. Huber, Bern 1999, 25–52
19. Haasenritter J, Viniol A, Becker A et al.: Diagnose im Kontext – eine erweiterte Perspektive. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2013; 107: 585–591
20. Hajtő J: Gute Zahnmedizin. Ein Leitfad. Quintessenz, Berlin 2018
21. Häuser W, Türp JC, Lempa M, Wesselmann U, Derra C: Funktionelle somatische Schmerzsyndrome. Nomenklatur. Schmerz 2004; 18: 98–103
22. Heiland R (Hrsg): Weil Worte wirken. Wie Arzt-Patienten-Kommunikation gelingt. Theorie – Praxis – Übungen. Kohlhammer, Stuttgart 2018
23. Heners M, Walther W: Abschied vom Handwerkermodell Zahnheilkunde. Zahnärztl Mitt 2000; 90: 38–43
24. Henningsen P, Derra C, Türp JC, Häuser W: Funktionelle somatische Schmerzsyndrome. Zusammenfassung der Hypothesen zur Überlappung und Ätiologie. Schmerz 2004; 18: 136–140
25. Hoefert H-W: Schwierige Patienten in der Gastroenterologie. In: Hoefert H-W, Härter M (Hrsg): Schwierige Patienten. Hogrefe, Bern 2013, 105–128
26. Hoefert H-W: Divergenz von „Krankheitstheorien“ zwischen Arzt und Patient. In: Hoefert H-W, Härter M (Hrsg): Schwierige Patienten. Hogrefe, Bern 2013, 29–46
27. Hoefert H-W, Härter M: Vorwort: Schwierige Patienten und schwierige Begegnungen mit Patienten. In: Hoefert H-W, Härter M (Hrsg): Schwierige Patienten. Hogrefe, Bern 2013, 7–16
28. Hoefert H-W, Härter M: Schwierige Patienten. Hogrefe, Bern 2013
29. Hugger A, Hugger S, Kordass B: Die zahnärztliche Ausbildung: Neue Lehrkonzepte im Studiengang Zahnmedizin. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2011; 54: 1046–1051
30. Jung MH, Wissing M, Motschall E, Türp JC: Zeitbezogene Qualitätsanalyse von in PubMed zitierten Artikeln über randomisierte kontrollierte Studien in der Zahnmedizin. J Craniomand Func 2017; 9: 291–302
31. Jurkat H: Schwierige Ärzte. In: Hoefert H-W, Härter M (Hrsg): Schwierige Patienten. Hogrefe, Bern 2013, 299–309
32. Kerrigan P: Fat folders. Practitioner 1990; 234: 441
33. Khatami S, MacEntee MI, Pratt DD, Collins JB: Clinical reasoning in dentistry: a conceptual framework for dental education. J Dent Educ 2012; 76: 1116–1128
34. Kiss A: Wer oder was ist schwierig, der Patient, der Arzt oder das Gespräch? Prim Hosp Care – Allg Inn Med 2017; 17: 100–101
35. Kowarowsky G: Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. 3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart 2019
36. Kreyer G: Zur Inzidenz und Wertigkeit von psychischen, somatischen und psychosomatischen Belastungsfaktoren bei österreichischen Zahnbehandlern. Z Stomatol 1992; 89: 319–331
37. Kreyer G: Psychologische, psychopathologische und psychosomatische Aspekte des „Koryphäen-Killer-Syndroms“. Dtsch Zahnärztl Z 2008; 63: 568–574
38. Kreyer G: Grundlagen der klinischen Dentalpsychologie. 2. Aufl. Facultas, Wien 2009, 33
39. Kühlein T, Maibaum T, Klemperer D: „Quartäre Prävention“ oder die Verhinderung nutzloser Medizin. Z Allg Med 2018; 94: 174–178
40. Langewitz W: Der schwierige Patient, die schwierige Patientin – Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung im klinischen Alltag. In: Moser G (Hrsg): Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. Springer, Wien 2007, 224–233
41. Letter K, Letter M: Schwierige Patienten. Dtsch Arztebl 2007; 104: A215–A216
42. Lienen E: Ich war schon immer ein Rebell: Mein Leben mit dem Fußball. Piper, München 2019
43. Maio G: Die verlorene Kunst des Seinlassens. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 1014–1018
44. Maio G: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart 2018
45. Maio G: Vertrauen ist das Bindemittel. Zahnärztl Mitt 2019; 109: 2506–2508
46. Massoth DL, Dworkin SF, Whitney CW, Harrison RG, Wilson L, Turner J: Patient explanatory models for temporomandibular disorders. In: Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS (Hrsg): Proceedings of the 7th World Congress on Pain. IASP Press, Seattle 1994, 187–200
47. Nilges P: Koryphäen und Koryphäenkiller bei der Gesichtsschmerztherapie. Phillip J 1995; 12: 349–354
48. Okeson JP: Management of temporomandibular disorders and occlusion. 8th ed. Mosby, St. Louis 2019
49. Randall A, Larner AJ: La maladie du petit papier: a sign of functional cognitive disorder? Int J Geriatr Psychiatry 2018; 33: 800

50. Reißmann D, Heydecke G: Der „schwierige“ Patient in der Zahnmedizin. In: Hoefert H-W, Härter M (Hrsg): Schwierige Patienten. Hogrefe, Bern 2013, 167–183
51. Roenneberg C, Hausteiner-Wiehle C, Schäfer R, Sattel H, Henningsen P: S3 Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“. AWMF-Reg.-Nr. 051–001. Langfassung. 2018
52. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM: What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005; 59: 255–260; discussion 261–252
53. Schnichels S: Patienten- und Teamkommunikation für Ärzte. Konstruktiv, lösungsorientiert, praxisnah. Elsevier, München 2019
54. Schweickhardt A, Fritzsche K: Kursbuch Ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. 3. Aufl. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2016
55. Seidner S: Das psychische Verhalten schwieriger Patienten bei der zahnärztlichen Behandlung. *Österr Z Stomatol* 1965; 62:
56. Sharma S, Breckons M, Brönnimann Lambelet B et al.: Challenges in the clinical implementation of a biopsychosocial model for assessment and management of orofacial pain. *J Oral Rehabil* 2020; 47: 87–100
57. Sonntag A: Patienten mit nicht hinreichend erklärbaren Körperbeschwerden. In: Hoefert H-W, Härter M (Hrsg): Schwierige Patienten. Hogrefe, Bern 2013, 19–28
58. Türp JC: Diskusverlagerungen neu überdacht. *Dtsch Zahnärztl Z* 1998; 53: 369–373
59. Türp JC: Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Funktionsdiagnostik und -therapie. Teil II. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2002; 112: 909–915
60. Türp JC: Die vierte Säule. *Dtsch Zahnärztl Z* 2002; 57: 263–264
61. Türp JC: Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Funktionsdiagnostik und -therapie – Beispiele, Gefahren, Gründe – Teil I. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2002; 112: 819–823
62. Türp JC: Bei myoarthropathischen und anderen orofazialen Schmerzen ist alles anders! *J Craniomand Func* 2012; 4: 283–286
63. Türp JC: Misserfolg bei der Behandlung chronischer Schmerzen in der Medizin. Folgen für die orofaziale Schmerztherapie. *J Craniomand Func* 2017; 9: 197–208
64. Türp JC, Nilges P: Muskuloskeletale Gesichtsschmerzen. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. Springer, Berlin 2017, 519–530
65. Windeler J, Antes G, Behrens J, Donner Banzhoff N, Lelgemann M: Radomisierte kontrollierte Studien (RCT). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008; 102: 321–325
66. Windeler J: Wann sind wissenschaftliche Belege notwendig? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2010; 104: 190–195
67. Wölber JP, Wolowski A: Tipps zur Kommunikation in der zahnärztlichen Praxis. *Zahnärztl Mitt* 2012; 102: 2138–2145



(Foto: Basiliak, Basel)

PROF. DR. JENS C. TÜR P
 UZB-Universitätszahnkliniken
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel, Schweiz
 jens.tuerp@unibas.ch