

# Kommunikative Herausforderungen bei Patienten mit somatoformen Störungen meistern

N. Ringel\*; A. Mutschler\*; K. Kröll; C. Weiss; E. Fellmer-Drüg; J.-H. Schultz; W. Herzog; R. Schäfert\*\*; J. Jünger\*\*

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

## Schlüsselwörter

Medizinische Ausbildung, Arzt-Patienten-Beziehung, Arzt-Patient-Kommunikation, ärztliche Gesprächsführung, Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation, somatoforme Störung

## Zusammenfassung

Patienten mit somatoformen Störungen werden von Ärzten oft als schwierig, unbequem und anstrengend empfunden. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ist dabei die zentrale Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung somatoformer Störungen. Gefordert sind hierbei hohe kommunikative Kompetenzen beim Arzt. Wie angehende und erfahrene Ärzte das Gespräch mit diesen Patienten lernen können, zeigt nachfolgendes Best Practice Beispiel aus der medizinischen Lehre.

## Keywords

Medical education, physician-patient relationship, physician-patient communication, medical conversation techniques, national longitudinal exemplary communication skills curriculum, somatoform disorders

## Summary

Patients with somatoform disorders are often perceived as difficult, uncomfortable and exhausting by their physicians. A good physician-patient relationship is withal the basis of a successful treatment of somatoform disorders. Therefor physicians need high communicative competences. The following best practice example of the medical doctrine shows how doctors-to-be and physicians can learn to communicate with these patients.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jana Jünger  
Medizinische Universitätsklinik  
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik  
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg  
Tel. 06221/568657  
E-Mail: jana.juenger@med.uni-heidelberg.de

How to handle communicative challenges in patients with somatoform disorders  
Med Welt 2015; 66: 232–236

\* Gleichberechtigte Erstautorenschaft

\*\* Gleichberechtigte Letztautorenschaft

Etwa jeder fünfte Patient kommt mit Symptomen ohne hinreichenden organischen Befund zum Arzt. In Hausarztpraxen und ähnlich in Allgemeinkrankenhäusern nehmen somatoforme Störungen einen Anteil von ca. 20% ein (1, 2). Bei solchen Erkrankungen liegen körperliche Beschwerden vor, die nicht ausreichend auf eine organische Erkrankung zurückzuführen sind. Mögliche Beschwerden sind zum Beispiel Rücken- und Gliederschmerzen, Bauchschmerzen oder Erschöpfung, die

ohne frühzeitige Behandlung im Verlauf zu einer chronischen Erkrankung führen können (3). Patienten mit somatoformen Störungen werden von Ärzten oft als schwierig und unbequem wahrgenommen (4, 5). Wenn man bedenkt, dass fast jeder fünfte Patient mit somatoformen Beschwerden beim Arzt erscheint, ist eine gute fachliche und kommunikative Vorbereitung besonders notwendig, um die Behandlung für beide Seiten zu erleichtern. Für den Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung bei

Patienten mit somatoformen Störungen brauchen Ärzte eine sensible, empathische und gelassene Grundhaltung und hohe kommunikative Fähigkeiten, gepaart mit einer klaren fachlichen Kompetenz (6). Doch wie schafft man es, angehende und erfahrende Ärzte dafür zu sensibilisieren, sie für solche herausfordernden kommunikativen Situationen im Berufsalltag vorzubereiten? Eine Möglichkeit ist, spezifische Best Practice Beispiele für somatoforme Störungen zu entwickeln, um theoriebasiert und klinisch-praktisch die Inhalte an angehende bzw. gestandene Mediziner zu vermitteln.

## Besonderheiten und Herausforderungen der Arzt-Patient-Beziehung

Somatoform erkrankte Patienten konsultieren ihren Arzt aufgrund verschiedener körperlicher Leiden und fühlen sich diesem oftmals ausgeliefert. Seitens des Patienten bestehen oft große Heilserwartungen gegenüber einem mächtigen Helfer – einem Arzt, der die Körpersymptome kraft seiner medizinischen Kompetenz verstehen und beseitigen soll. Bei dem Arzt besteht die Gefahr, überhöhte Erwartungen des Patienten aufgrund eigener hoher Ansprüche zu übernehmen und offene und latente Versprechen zu machen, die später nicht eingelöst werden können. Typischerweise kommt es beim Arzt zu einer „Muster-Irritation“, d. h. er stellt eine Nichtpassung seiner üblichen Schemata zur Erklärung und Behandlung körperlicher Beschwerden fest (7). Möglicherweise entsteht ihm die Sorge, eine organische Erkrankung zu übersehen (8).

## Folgen für die Arzt-Patient-Beziehung

Aufgrund der Divergenz von Behandlungserwartungen der Patienten und der oft nicht verfügbaren praktikablen Therapieoptionen der Ärzte, sind beide Parteien unzufrieden (7, 9). Der Patient fühlt sich missverstanden, wirft dem Arzt fachliche Inkompetenz vor und geht zum nächsten Arzt („Doctor-Shopping“) (7, 10, 11). Der Arzt reagiert frustriert auf weitere Forderungen des Patienten und fühlt sich unter Druck gesetzt (12). Damit beide Seiten nicht enttäuscht auseinander gehen, muss von Anfang an, an einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung gearbeitet werden (1).

## Der richtige Umgang mit somatoform erkrankten Patienten

Haltung, Denk- und Verhaltensweisen bei Ärzten sowie gute kommunikative Fertigkeiten haben einen entscheidenden Einfluss auf das Gelingen von Diagnostik und Therapie bei Patienten mit somatoformen Störungen (7).

Für den *Aufbau einer guten Beziehung* sind beim Arzt eine gelassene, unterstützende und empathische Grundhaltung und eine patientenzentrierte Gesprächsführung von hoher Bedeutung (13).

Bei der *Informationssammlung* sollte der Arzt dem somatoform erkrankten Patienten auf gemeinsamer Augenhöhe begegnen, sich zunächst die Beschwerden ausführlich anhören und vorbehaltlos annehmen (7, 13). Durch aktives Zuhören suggeriert er (non-)verbal Aufmerksamkeit, Wertschätzung und Akzeptanz (1). Die Fragen des Arztes sollten offen gestaltet sein, um dem Patient die Möglichkeit zu geben, eigene Aspekte einzubringen. Gleichzeitig werden die Ergebnisse vorheriger Untersuchungen genau besprochen und zusammengefasst. Bei der Zusammenfassung an den Patienten ist es wichtig eine positive Beschreibung und Bezeichnung seiner Beschwerden anzubieten (z.B. „körperlicher Stress“, „funktionelle Körperbeschwerden“) (14). Symptome dürfen nicht verharmlost und der Betroffene nicht stig-



**Abb.**  
Im Gespräch mit der Patientin

matisiert (z.B. „Simulant“) werden (1, 7, 13).

In der *Simultandiagnostik und Simultantherapie* werden sowohl die somatischen, als auch die psychosozialen Einflussfaktoren der Erkrankung erhoben und berücksichtigt. Dies gibt einerseits dem Patienten das Gefühl, in seinen Beschwerden anerkannt und ernst genommen zu werden, andererseits gibt es dem Arzt die Möglichkeit, sich selbst ein Urteil über die Krankheit zu bilden. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass sich die diagnostischen Maßnahmen auf ein vernünftiges Maß beschränken und bereits abgeschlossene Untersuchungen nicht aufs Neue durchgeführt werden. Wichtig ist, dass sich der

Arzt für den Patienten Zeit nimmt, die Befunde gemeinsam zu besprechen (9). Die diagnostischen Befunde dürfen nicht negativ formuliert werden (z.B. „Sie haben nichts!“) – vielmehr soll ausgehend von der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten ein biopsychosoziales Krankheitsmodell entwickelt werden, bei dem das Zusammenwirken von biologischen (somatischen), psychischen und sozialen Faktoren betont wird (13). Belastungen und Bedürfnisse psychosozialer Art, welche vom Patienten durchaus genannt werden, sollen empathisch aufgegriffen und als bedeutsam gewertet werden (1, 15). Psychosoziale Themen sollen dabei zunächst beiläufig und indirekt mit Begriffen aus dem All-

### Tipps

## Umgang mit somatoform erkrankten Patienten

### DOs:

- Nehmen Sie die Patienten durch aktives Nachfragen ernst und vergewissern Sie sich durch Zusammenfassen, dass das Besprochene verstanden wurde.
- Beruhigen Sie und versichern Sie die Glaubwürdigkeit der Beschwerden.
- Führen Sie wiederholt kurze körperliche Untersuchungen mit dem Schwerpunkt auf dem Gebiet des Unbehagens durch.
- Sprechen Sie psychosoziale Themen zunächst eher beiläufig und indirekt mit Begriffen aus dem Alltagserleben wie „Belastung“, „Stress“, „Anspannung“ oder „Erschöpfung“ an (tangentialer Gesprächsführung).

- Vereinbaren Sie regelmäßige, d.h. zeitkontingente (statt beschwerdegesteuerte) ärztliche Termine.

### DON'Ts:

- Führen Sie unnötige diagnostische Verfahren und invasive Behandlungen durch.
- Verwenden Sie Begriffe und Terminologien, die die Beschwerden verharmlosen (z.B. „Sie haben nichts“), unbewiesene Ätiologieannahmen suggerieren („vegetative Dystonie“) oder den Betroffenen stigmatisieren (z.B. „Simulant“).
- Schieben Sie den Patienten in die „Psycho-Kiste“, indem Sie ausschließlich psychosoziale Faktoren zur Erklärung der Symptome heranziehen.

Tab. 1 Dimensionen eines Best Practice Beispiels (16)

Titel	Titel des Best Practice Beispiels
Teilkompetenzen	Abgedeckte Teilkompetenzen des Arbeitspaketes Ärztliche Gesprächsführung (NKLM) im Best Practice Beispiel
Beschreibung der Lehreinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurztitel des Lehrinhalts</li> <li>• Ziele des Best-Practice-Beispiels</li> <li>• Erklärung des Falles/ Anwendungsbeispiels</li> <li>• Aufgabe der Lernenden</li> <li>• Ablauf der Veranstaltung</li> <li>• Theoretische Modelle</li> </ul>
Lehrmethoden & -materialien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehrmethode: Rollenspiel mit Simulationspatient, Rückmeldung/ Feedback, Videoanalyse, Übung, Teamsitzung, Input, Echtpatientengespräch, Reflexion, etc</li> <li>• Lehrmaterialien: Präsentation, Rollenskript, Feedbackbogen, Anamnesebogen, Videokamera, Dozentenmaterialien, Materialien für Studierende, etc.</li> </ul>
Dauer	Dauer der Veranstaltung in Unterrichtseinheiten 1 UE = 45 min
Gruppengröße	Anzahl der Gruppenmitglieder (z.B. Kleingruppe mit max. 7 Personen)
Erforderliche Expertise des Lehrenden	1 = Studenten 2 = geschulte Tutoren 3 = Dozenten 4 = geschulte Dozenten 5 = erfahrene Trainer

Tab. 2 Zusammenfassung des Best Practice Beispiels „Somatoforme Störung“ (16, 19)

Titel	Diagnosemitteilung einer somatoformen Störungen
Teilkompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie sind in der Lage, durch ihr kommunikatives Handeln eine positive, tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patienten- Beziehung aufzubauen und zu erhalten (14c.2.1.)</li> <li>• Sie sind in der Lage, situations- und krankheitsspezifisch strukturierte allgemeine und spezifische Anamnesen mit den Patienten zu erheben sowie Informationen aus anderen Quellen einzubeziehen (14c.2.4.).</li> <li>• Sie vermitteln Informationen, insbesondere Diagnosemitteilung, und Erklärungen achtsam und verständlich, ermutigen zu Nachfragen und Diskussionen und berücksichtigen das Bedürfnis des Patienten bezüglich seiner Beteiligung (14c.2.5.).</li> <li>• Sie sind in der Lage, die weiteren, insbesondere diagnostischen und therapeutischen, Schritte zu planen und ein Patientengespräch abzuschließen (14c.2.7.).</li> </ul>
Beschreibung der Lehreinheit	1. Theorieinput mit Hilfe einer PowerPoint Präsentation 2. Rollenspiel mit Simulationspatienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verteilung der Rollen (Arztrolle, Beobachterrollen)</li> <li>• Gespräch von 10 bis 15 min</li> <li>• Feedback in bestimmter Reihenfolge (Arzt, Simulationspatient, Beobachter, Dozent)</li> </ul>
Lehrmethoden und -materialien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehrmethode: Rollenspiel mit Simulationspatient, Reflexion, Videoanalyse</li> <li>• Lehrmaterialien: Rollenskript, Feedbackbogen, Videokamera, Dozenteninformation, Anweisung für den Arzt</li> </ul>
Dauer	1 UE = 45 min
Gruppengröße	Kleingruppe (max. 7 Personen)
Erforderliche Expertise des Lehrenden	Geschulte Dozenten

tagserleben wie „Belastung“, „Stress“, „Anspannung“ oder „Erschöpfung“ angesprochen werden, was dabei hilft, psychosomatische Zusammenhänge möglichst frei von Stigmata zu erörtern (tangentele Gesprächsführung) (14).

Nach Möglichkeit sollte der Hausarzt bei der Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen die Rolle des „Gatekeepers“ übernehmen und die Behandlung koordinieren (7) (►Kasten).

### Umsetzung in die Lehre: das Best Practice Beispiel „Somatoforme Störung“ Was sind Best Practice Beispiele?

Durch die Änderung der Approbationsordnung im Jahre 2012 ist die ärztliche Gesprächsführung Inhalt und Gegenstand der medizinischen Lehre und Prüfung. Die medizinischen Fakultäten stehen seitdem vor der Aufgabe, die Lerninhalte in ihre vorhandenen Lehrpläne und Prüfungsformate zu integrieren. Das Projekt „Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation“ mit über 500 Vertretern unterstützt die medizinischen Fakultäten dabei. In diesem Kontext werden Best Practice Beispiele aus allen Fakultäten in einer gemeinsamen „Toolbox“ gesammelt, die unter den beteiligten Dozenten auf der Onlineplattform MedTalk ([www.medtalk-education.de](http://www.medtalk-education.de)) ausgetauscht werden können. Best Practice Beispiele sind sehr geeignete Lehr- und Prüfungseinheiten, die sich in der Praxis bewährt haben. Sie geben den Lernenden die Möglichkeit, sich aktiv mit dem Lernstoff in der Gruppe auseinanderzusetzen. Jedes Best Practice Beispiel ist einem oder mehreren Fachbereichen zugeordnet und dokumentiert einen medizinischen Fall mit Anwendungsbeispiel aus dem ärztlichen Berufsalltag. Durch diese fachdisziplinäre Ausrichtung werden die Ärzte für spezifisch herausfordernde Gesprächssituationen gut trainiert. Die Beispiele werden nach den Lernzielen zur Ärztlichen Gesprächsführung des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin“ (NKLM) kategorisiert und klassifiziert. Außerdem werden Lehrinhalt, -methode, -materialien und -dauer sowie

die fachliche Expertise des Dozenten (bzw. die Prüfungsformate und -materialien) definiert und festgesetzt (►Tab. 1).

Es gibt nicht viele Best Practice Beispiele aus der medizinischen Lehre, die Ärzte auf Patienten mit somatoformen Störungen vorbereiten.

An der Universität Heidelberg wurde ein Rollenscript für die Weiterbildung von Ärzten entwickelt, das im Rahmen eines vom AOK-Bundesverband geförderten Projekts internistische Ärzte eines Krankenhauses u.a. auf diese Gruppe von Patienten vorbereiten sollten. Ziel dieses Best Practice Beispiels ist, das Gespräch mit somatoform erkrankten Patienten zu üben und entsprechende kommunikative Kompetenzen zu erwerben (►Tab. 2). Für das Rollenscript wurde eine Simulationspatientin ausgebildet. Simulationspatienten sind Laienschauspieler, die gut auf die Rolle eines bestimmten Patienten mit eigenem

Charakter und spezifischer Erkrankung trainiert worden sind. Sie ermöglichen alltagsnah theoretisch erworbenes Wissen in Handlung umzusetzen (17). In mehreren Forschungsarbeiten wurde die Effektivität von Rollenspielen mit Simulationspatienten und professionellem Feedback bereits beschrieben und für die Erreichung der praxisorientierten Lernziele daher hier bewusst eingesetzt (18).

### Fallbeispiel und Aufgabe der Lernenden

Beschrieben wird im Rollenscript eine 24-jährige Patientin, Frau Mahler. Sie klagt über ausgeprägte abdominelle Beschwerden unklarer Ursache, die in der Vergangenheit schon mehrfach abgeklärt wurden. Nach wie vor leidet sie aber unter den Beschwerden und „ihr sei bis jetzt noch nie richtig geholfen worden“. Der Arzt hat sich

alle Vorbefunde von einem stationären Aufenthalt (in einer anderen Klinik) vor drei Monaten besorgt und kommt zu dem Schluss, dass die somatische Abklärung hinreichend gewesen ist. Er stellt die Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des Gastrointestinaltrakts. Die Aufgabe des Arztes ist es, im Gespräch mit Frau Mahler die Vorbefunde zu besprechen, den Ebenenwechsel von der rein somatischen Dimension zum Einbeziehen psychosozialer Krankheitsfaktoren einzuleiten und die Verdachtsdiagnose einer somatoformen/ funktionellen Störung zu erläutern.

### Ablauf der Veranstaltung

Zunächst erhalten die Teilnehmer einen kurzen theoretischen Input zum Thema somatoforme Störung und den Umgang damit. Danach wird in einer Kleingruppe von

Anzeige

## Literaturtipps

- Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R. Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. Über den Umgang mit Patienten mit funktionellen Schmerzsyndromen [Therapeutic relationship and communication. Attitude towards patients with functional pain syndromes]. Schmerz 2013; 27: 419–429.
- Jünger J, Köllner V. Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. PPM-P- Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2003; 53(2): 56–64.
- Jünger J, Kröll K, Gornostayeva M. Entwicklung und Förderung der ärztlichen Schlüsselkompetenz Kommunikation- Ein aktueller Überblick mit Beispielen aus Unterricht und Lehre der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Heyse, V., Giger, M. (Hrsg.). Heidelberg: medhochzwei Verlag 2015, 101–122.
- Schaefer R, Boelter R, Faber R, Kaufmann C. Tangential, nicht frontal. Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. Psychotherapie im Dialog 2008; 3: 252–259.
- Schaefer R, Kaufmann C, Wild B, Schellberg D, Boelter R, Faber R, Szecsenyi J, Sauer N, Guthrie E, Herzog W. Specific Collaborative Group Intervention for Patients with Medically Unexplained Symptoms in General Practice. Psychotherapy and Psychosomatics 2013; 82: 106–119.
- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Klinische Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden [Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints]. Dtsch Arztebl 2012; 109(47): 803–813.
- Langewitz W, Laederach K, Buddeberg C. Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C (Hrsg.). Psychosoziale Medizin. Heidelberg: Springer Verlag 2004, 373–407.
- Emmerling P, Dutta G. Ärztliche Kommunikation: Als Erstes heile mit dem Wort. Stuttgart: Schattauer Verlag 2015.

5 bis 7 Personen ein Gespräch mit der Simulationspatientin Frau Mahler durchgeführt, bei dem ein Teilnehmer der Gruppe die Arztrolle übernimmt. Die anderen Teilnehmer beobachten das Gespräch und üben hinterher ein kollegial differenziertes Feedback. Das Gespräch soll ca. 10 bis 15 min dauern und wird auf Video aufgezeichnet. Im Anschluss an das Gespräch reflektiert der „Arzt“ seine Gesprächsführung und erhält dann von der Simulationspatientin eine konkrete Rückmeldung, wie diese die Arzt-

Patienten-Interaktion wahrgenommen hat. Hier kann sie z.B. Aussagen, wie etwa „Sie haben nichts!“, widerspiegeln in denen sie sich nicht ernst genommen fühlte. Anschließend geben die Beobachter und der trainierte Dozent Rückmeldung anhand der Lernziele für das Rollenspiel (16).

### Lernziele der Veranstaltung

Inhaltliche und interaktive Lernziele des Rollengesprächs sind der Aufbau einer

tragfähigen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung und die Fähig- und Fertigkeit des richtigen Umgangs mit einem somatoform erkrankten Patienten. Dabei gilt es zunächst, die Symptome zu erfassen und ernst zu nehmen sowie die Erwartungshaltung (Arztidealisation) in Richtung auf Verbesserung des Umgangs mit der Symptomatik, Beschwerdelinderung und Verbesserung der Lebensqualität zu reduzieren. Die Teilnehmer sollen lernen, wie medizinische Befunde beruhigend und rückversichernd besprochen werden können. Die subjektive Krankheitstheorie des Patienten soll erfragt und daran anknüpfend in Richtung auf ein biopsychosoziales Krankheitskonzept einer somatoformen autonomen Störung (Kopfhirn-Bauchhirn-Interaktion) erweitert werden. Ferner sollte beim Patienten behutsam ein Symptomverständnis für biopsychosoziale Wechselwirkungen geschaffen und mit ihm ein Plan für das weitere Vorgehen erarbeitet werden (z.B. Befindlichkeits- und Ressourcen-Tagebuch, körperliche Aktivierung, Entspannungstechniken, regelmäßige Termine).

Dieses Best Practice Beispiel ermöglicht den Kursteilnehmern, eine sehr gute praxisorientierte Vorbereitung auf den ärztlichen Berufsalltag. Sie haben die Möglichkeit, innerhalb eines geschützten Rahmens verschiedene Kommunikationsstrategien auszuprobieren. Durch das anschließende professionelle Feedback, erhalten die Akteure die Möglichkeit, bereits Gelingendes beizubehalten und zu verstärken bzw. ihr Verhalten zu verändern und zu optimieren. Das Setting erlaubt es, die kommunikativen und praktischen Fähigkeiten erfolgreich zu erlernen, zu trainieren und weiter auszubauen (16).

Die Literatur zu diesem Artikel finden Sie unter [www.die-medizinische-welt.de](http://www.die-medizinische-welt.de)

## Literatur

1. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Klinische Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden [Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints]. *Dtsch Arztebl* 2012; 47: 803–813.
2. Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *Journal of psychosomatic research* 2004; 56: 413–418.
3. Rief W. Somatoforme Störungen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg.) *Verhaltenstherapie* manual. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2011; 655–659.
4. Dunkelberg S, Schmidt A, Van den Bussche H. Schwierig, unbequem oder gefürchtet: Eine besondere Gruppe von Patienten in der Hausarztpraxis. *ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2003; 79(1): 14–18.
5. 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*. Wien: Springer-Verlag 2007; 224–233.
6. Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R. Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. Über den Umgang mit Patienten mit funktionellen Schmerzsyndromen [Therapeutic relationship and communication. Attitude towards patients with functional pain syndromes]. *Schmerz* 2013; 27(4): 419–429.
7. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronel G, Sattel H, Schäfer R. Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: S3-Leitlinien mit Quellentexten und Praxismaterialien und Patientenleitlinien. Stuttgart: Schattauer-Verlag 2013.
8. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model- an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43(2): 93–131.
9. Kapfhammer H. Der somatisierende Patient – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung [The somatizing patient – a diagnostic and therapeutical challenge] *Psychotherapie* 2005; 10: 230–243.
10. Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M. Somatoform pain disorder – overview. *Psychiatria Danubina* 2010; 22(3): 453–458.
11. Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G. Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer-Verlag 2002.
12. 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? *Journal of psychosomatic research* 2005; 59(4): 255–260.
13. Gottschalk JM, Rief W. Psychotherapeutische Ansätze für Patienten mit somatoformen Störungen [Psychotherapeutic approaches for patients with somatoform disorders]. *Der Nervenarzt* 2012; 83(9): 1115–1127.
14. Schaefer R, Boelter R, Faber R, Kaufmann C. Tangential, nicht frontal. Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 3: 252–259.
15. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *The British journal of general practice* 2004; 54(500): 171–176.
16. Ringel N. Überblick Stand Klassifizierung Best Practice Beispiele. Heidelberg 2015.
17. Schultz JH, Schönemann J, Lauber H, Nikendei C, Herzog W, Jünger J. Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionsstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse – Training – Perspektiven. *Z Gruppendyn Org*. 2007; 38(1): 7–23.
18. Norcini JJ. Peer assessment of competence. *Medical Education* 2003; 37(6): 539–543.
19. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Online verfügbar unter: [http://www.nklm.de/files/nklm\\_final\\_2015-07-03.pdf](http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf) (16.07.2015)