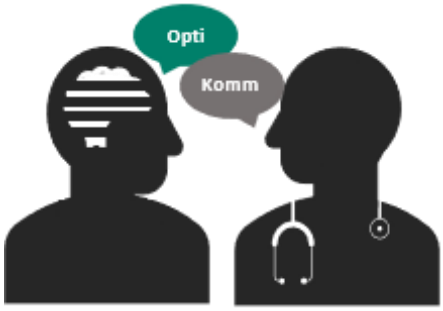
Working-Paper-Reihe des Projekts:

Optimierte Kommunikation bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit leichtgradigen kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Sprach(entwicklungs)störungen (OptiKomm)



WORKING PAPER 3

Leitfaden zur inklusiven Kommunikation in der Medizin –

Gesprächsführung, Strategien und Einfache Sprache für die Praxis

Kristina Ottersbach

Larissa Kühnel

Rebecca Lätzsch

Claudia Hornberg

Zitation:

Ottersbach, Kristina; Kühnel, Larissa; Lätzsch, Rebecca; Hornberg, Claudia (2025): Leitfaden zur inklusiven Kommunikation in der Medizin – Gesprächsführung, Strategien und Einfache Sprache für die Praxis. Working Paper Projekt OptiKomm, 3. https://doi.org/10.4119/unibi/3007188

STIFTERVERBAND

Gestiftet durch die
Dr. med. Helene-Charlotte Wolf-Stiftung

Autorinnen

Kristina Ottersbach (M. Sc. PH) ist Soziologin (B. A.) und Gesundheitswissenschaftlerin. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt *OptiKomm* beschäftigt sie sich mit der Weiterentwicklung einer inklusiven medizinischen Versorgung. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen insbesondere in der Versorgungsforschung sowie in der Analyse von Strukturen und Herausforderungen im Gesundheitssystem.

Larissa Kühnel (M. Sc.) ist Klinische Linguistin und arbeitete während und nach dem Studium in neurologischen und geriatrischen Kliniken mit Erwachsenen mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Ihr Schwerpunkt als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt *OptiKomm* liegt auf dem Thema Unterstützte Kommunikation.

Rebecca Lätzsch (M. Sc. PH) ist Physiotherapeutin (B. Sc.) und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Forschungskoordinatorin an der Medizinischen Fakultät OWL. Im Projekt *OptiKomm* übernimmt sie die Projektkoordination. Sie ist in der Versorgungsforschung tätig und befasst sich seit vielen Jahren mit dem Thema medizinische Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in Lehre und Forschung.

Claudia Hornberg (Univ.-Prof.‘in. Dr. med.) ist Biologin, Ökologin und Medizinerin. Nach langjähriger klinischer Tätigkeit übernahm sie 2002 die Professur für Umwelt und Gesundheit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seit 2018 ist sie Dekanin der Medizinischen Fakultät OWL und leitet dort die Arbeitsgruppe *Sustainable Environmental Health Sciences*. In Forschung und Lehre befasst sie sich u. a. aus umweltmedizinischer Sicht mit den positiven und negativen Umwelteinflüssen, Umweltgerechtigkeit, Infektiologie und seit vielen Jahren auch mit der gesundheitlichen Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.



Die Working-Paper-Reihe wird im Rahmen des Projekts „Optimierte Kommunikation bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit leichtgradigen kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Sprach(entwicklungs)störungen (OptiKomm)“ herausgegeben. Das diesem Bericht zugrunde liegende Vorhaben wird mit Mitteln der Dr. med. Helene-Charlotte Wolf-Stiftung (Stifterverband) im Zeitraum von 2022 bis 2025 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor*innen.

Soweit nicht anders angegeben, wird diese Publikation unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND) veröffentlicht. Weitere Informationen finden Sie unter:

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de.

Projekthintergrund

Das Projekt „Optimierte Kommunikation bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit leichtgradigen kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Sprach(entwicklungs)störungen" (OptiKomm) wird von der Dr. med. Helene-Charlotte Wolf-Stiftung (Stifterverband) mit einer Laufzeit von 3 Jahren (09/22 bis 12/25) gefördert.

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist es, die Teilhabe von Menschen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen (MmksB) im Rahmen ihrer stationären Gesundheitsversorgung zu verbessern. Im Fokus steht die Optimierung der Kommunikation zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und weiteren Gesundheitsfachberufen (z. B. Pflegekräften). Besonders berücksichtigt werden dabei Anamnesesituationen, die (Erst-) Versorgung sowie Entscheidungsfindungen im Kontext von Therapien im stationären Umfeld.

Projektschritte:

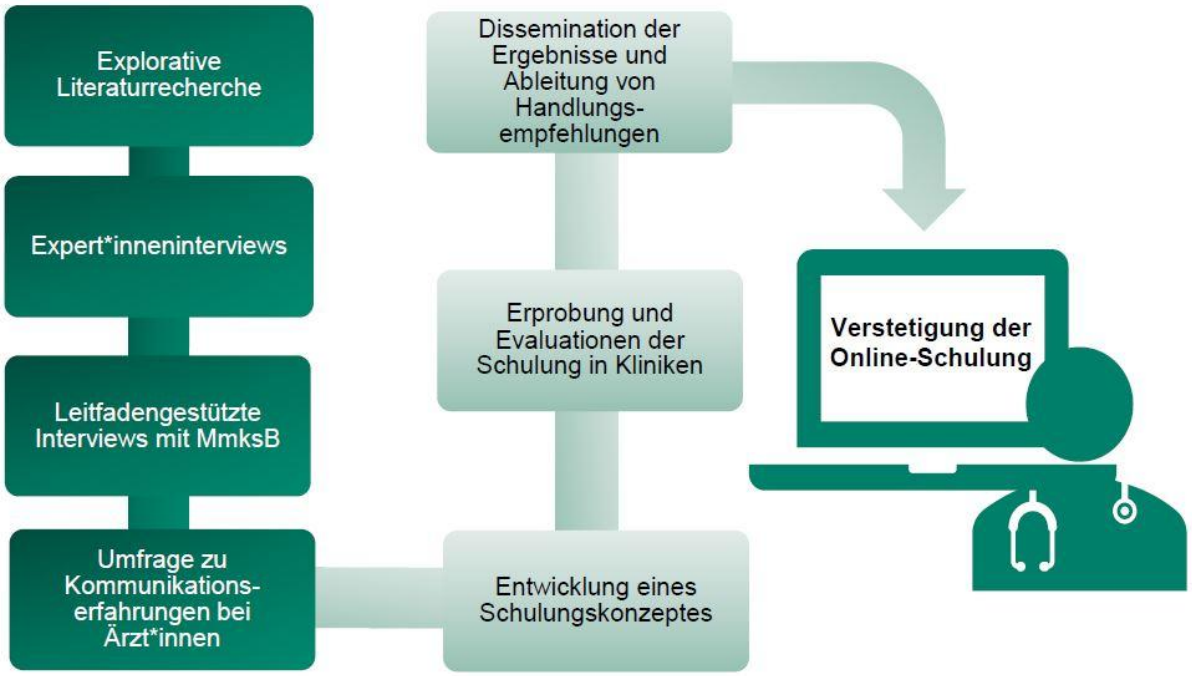


Abbildung 1. Methodische Schritte im Projekt OptiKomm

Zur Erreichung der Projektziele (siehe Abbildung 1) erfolgte in einem ersten Schritt eine umfassende Bedarfs- und Bedürfnisanalyse mittels qualitativer und quantitativer Methoden. Dazu wurden nach einer umfassenden Literaturrecherche unter anderem 10 Expert*inneninterviews sowie 19 Interviews mit der Zielgruppe MmksB geführt. Zudem fand

eine bundesweite Onlinebefragung statt, um die Kommunikationserfahrungen von ambulant und stationär tätigen Ärzt*innen zu erfassen.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse aus der Literaturrecherche, den Interviews und der Umfrage wurde in einem nächsten Schritt ein Online-Schulungskonzept für medizinisches Personal (u. a. Ärzt*innen und Pflege, Therapeut*innen, etc.) entwickelt. Im Mittelpunkt der Schulung stehen die Sensibilisierung des medizinischen Personals für die spezifischen Bedürfnisse von MmksB sowie die Vermittlung geeigneter Kommunikationsmethoden. Ebenfalls erfolgte die Entwicklung einfacher Hilfsmaterialien, insbesondere in Form von Unterstützter Kommunikation (UK), die speziell für den Einsatz im stationären Bereich konzipiert ist.

Die Schulung wurde in einer ersten Testphase von Expert*innen aus der Medizindidaktik und der inklusiven Versorgung evaluiert. Die Rückmeldungen der Tester*innen wurden berücksichtigt und in die Schulung eingearbeitet. Im nächsten Schritt wurde die Schulung deutschlandweit interessierten Ärzt*innen und weiterem medizinischem Personal zur Verfügung gestellt. Während der Implementierung durchlaufen die Teilnehmer*innen eine mehrschrittige Evaluation aus einem Vorab-, Post- und Follow-Fragebogen sowie einer schulungsbegleitenden Online-Befragung. Die Ergebnisse der Evaluation fließen in die Schulung ein und werden in einer zweiten Implementierungsphase durch weiteres medizinisches Personal geprüft.

Das Projekt wird über die gesamte Laufzeit durch 2 Beiräte begleitet. Zum einen gestaltet ein inklusiver Beirat mit Menschen mit unterschiedlichen kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen die Entwicklung der Schulung aktiv mit, sodass ihre Erfahrungen und Perspektiven einbezogen werden. Um eine möglichst praxisnahe Schulung zu gewährleisten und den Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis zu fördern, wird das Projekt zum anderen durch einen wissenschaftlichen Beirat mit Vertreter*innen aus den Bereichen Medizin, Sprachtherapie, Sonderpädagogik und der Interessensvertretung unterstützt.

Zusammenfassung

Dieses Working Paper bietet einen praxisorientierten Leitfaden für eine gelingende Kommunikation mit Patient*innen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen. Im Mittelpunkt stehen drei Ebenen: 1. Ein klar strukturierter Gesprächsrahmen, der Orientierung und Sicherheit im Gespräch schafft, 2. Konkrete Kommunikationsstrategien wie die Teach-Back-Methode, die WWSZ-Techniken und das NURSE-Modell sowie 3. die Anwendung von Grundsätzen der Einfachen Sprache. Ergänzt werden diese Bausteine durch ausführliche Fallbeispiele, die typische Situationen aus dem medizinischen Alltag aufgreifen und praktische Lösungsansätze demonstrieren. Ziel ist es, medizinisch Tätige zu ermutigen, Kommunikation inklusiver zu gestalten und Patient*innen stärker in den Behandlungsablauf zu integrieren. Das Paper richtet sich an Ärzt*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen und weitere Gesundheitsfachpersonen, sowie alle Interessierten, die die Teilhabe in der medizinischen Versorgung verbessern möchten.

Abstract

This working paper offers a practice-oriented guide to successful communication with patients with cognitive and/or speech impairments. It highlights three key aspects: (1) a clearly structured conversation framework that provides orientation and security, (2) practical communication strategies such as the teach-back method, the WWSZ techniques, and the NURSE model, and (3) the use of plain language principles. These components are complemented by detailed case examples that illustrate typical situations in everyday medical care and present practical solutions. The aim is to encourage healthcare professionals to make communication more inclusive and to involve patients more actively in the treatment process. Communication does not have to be perfect – what matters is that patients feel taken seriously, have the chance to ask questions, and can truly understand what concerns their health.

Inhaltsverzeichnis

Autorinnen 2

Projekthintergrund 4

Zusammenfassung 6

Abstract 6

1. Einleitung 9

2. Grundlagen inklusiver Kommunikation 11

2.1 Begriffe und Abgrenzungen 11

2.2 Rechtliche und normative Grundlagen 12

2.3 Barrieren in der medizinischen Versorgung 13

2.4 Übergreifende Prinzipien 14

2.5 Praxis-Checkliste 15

3. Gesprächsrahmen 16

3.1 Vor dem Gespräch 16

3.2 Gesprächseinstieg 16

3.3 Gesprächsstruktur 17

3.4 Gesprächsabschluss 18

3.5 Vorteile eines strukturierten Gesprächsrahmens 19

4. Kommunikationsstrategien 20

4.1 Teach-Back-Methode 20

4.2 WWSZ-Techniken 21

4.3 NURSE-Modell 23

5. Einfache Sprache 25

5.1 Was ist Einfache Sprache? 25

5.2 Grundsätze Einfacher Sprache 26

6. Fallbeispiele 29

6.1. Patient mit Demenz 29
6.2. Patient mit Schlaganfall 32
6.3. Patient mit leicht kognitiver Beeinträchtigung 35
6.4. Patientin mit psychosozialem Stress 38
6.5. Patientin mit Deutsch als Zweitsprache 40
7. Fazit 43
8. Literatur 45
9. Materialien 48

1. Einleitung

Eine gelingende Kommunikation ist die Grundlage jeder guten medizinischen Behandlung. Dies gilt in besonderem Maße für Patient*innen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen (MmksB). In Deutschland leben nach aktuellen Schätzungen rund 7,8 Millionen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung, davon etwa ein Drittel mit einer geistigen oder seelischen Beeinträchtigung, die häufig auch die Kommunikation beeinflussen kann (Destatis, 2024). Sprach- und Sprechstörungen können bei erworbenen Erkrankungen wie Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder neurologischen Erkrankungen auftreten. So entwickeln etwa 20 – 30% der Schlaganfallpatient*innen eine Aphasie (Grönberg, Henriksson & Lindgren, 2022; Le, 2023). Auch im Kontext von Demenz, Entwicklungsstörungen oder psychischen Erkrankungen sind kommunikative Beeinträchtigungen verbreitet. Diese Zahlen verdeutlichen, dass medizinisches Personal in Kliniken und Praxen regelmäßig Patient*innen begegnet, deren Kommunikationsfähigkeiten beeinträchtigt sind.

Viele dieser Menschen erleben im medizinischen Alltag Missverständnisse, fehlende Orientierung oder fühlen sich nicht gesehen. Dabei wünschen sie sich, verstanden und ernst genommen zu werden. Fehlende verständliche Kommunikation oder eine nicht verständliche Aufklärung kann nicht nur zu Verunsicherungen führen, sondern auch gravierende Folgen für Diagnostik, Behandlung und die Patient*innensicherheit haben (Ha Dinh et al., 2016; Talevski et al., 2020). Zeitgleich zeigen Erfahrungen aus Forschung und Praxis: Bereits kleine Veränderungen in der Gesprächsführung, wie ein bewusstes Begrüßen, ein klar formulierter Einstieg, der Einsatz Einfacher Sprache oder das gezielte Nachfragen, können einen großen Unterschied in der Kommunikation mit Patient*innen machen.

In der medizinischen Praxis fehlt es jedoch häufig an Zeit, an einfachen Werkzeugen oder an Wissen über unterstützende Gesprächsstrategien. Gerade in komplexen Situationen oder unter Zeitdruck (z. B. Notaufnahme, Visite, Aufklärungsgespräch) sind Kommunikationshilfen entscheidend. Eine inklusive Kommunikation, also eine Kommunikation, die alle Patient*innen unabhängig von individuellen Fähigkeiten adressiert und damit Barrieren abbaut, ist dabei ein zentraler Schlüssel für eine gerechte, patient*innenzentrierte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung.

Dieses Working Paper soll medizinisch Tätige dabei unterstützen, die Kommunikation mit MmksB, aber auch weiteren Patient*innengruppen, zu erleichtern und verbessern, unabhängig davon, ob sie als Leser*in Vorerfahrungen mit dieser Zielgruppe haben oder nicht. Es stellt praxisnahe Gesprächsrahmen, bewährte Kommunikationsmethoden (z. B. Teach-Back, WWSZ, NURSE) und die Grundsätze Einfacher Sprache vor. Ergänzt wird der Leitfaden durch Fallbeispiele, die typische Situationen veranschaulichen und als Übung zur eigenen Reflexion dienen können. Ziel ist es nicht, eine perfekte Kommunikation zu fördern, sondern ermutigende Wege aufzuzeigen, wie Gespräche inklusiver und zugänglicher gestaltet werden können.

2. Grundlagen inklusiver Kommunikation

2.1 Begriffe und Abgrenzungen

Inklusive Kommunikation bezeichnet die gezielte Gestaltung von Informations- und Gesprächsprozessen, sodass alle Patient*innen, unabhängig von kognitiven, sprachlichen, sensorischen oder sozialen Voraussetzungen, verständlich, selbstbestimmt und ohne Diskriminierung teilhaben können. Darunter werden Sprache, unterschiedliche Formate (schriftlich, visuell, digital/analog), Umgebungsfaktoren (Zeit, Ruhe, Licht) und Unterstützende Materialien (z. B. Piktogramme, Gesprächsleitfäden, Unterstützte Kommunikation (UK)) verstanden. Diese Form der Kommunikation richtet sich konsequent nach den Bedürfnissen der Patient*innen.

Dabei kann die Verwendung von sogenannter **Leichter** oder **Einfacher** Sprache für viele Patient*innen hilfreich sein.

Leichte Sprache (LS) ist eine regelorientierte, geprüfte Variante des Deutschen mit klar definierten Regeln (u. a. kurze Sätze, eine Information pro Satz, Vermeidung von Fremd- und Fachwörtern) und Verständlichkeitsprüfung durch die Zielgruppe. In Deutschland gelten hierfür die Regeln des **Netzwerks Leichte Sprache** (Netzwerk Leichte Sprache e. V., 2022). Zusätzlich existiert die **DIN SPEC 33429** als Standard mit Empfehlungen (Deutsches Institut für Normung [DIN], 2016).

Einfache Sprache (ES) ist demgegenüber nicht normiert, orientiert sich an allgemeinen Verständlichkeitsprinzipien (u. a. klare Struktur, kurze Sätze, aktive Formulierungen, Verzicht auf unnötige Fachbegriffe). ES wird nicht formal durch Betroffene zertifiziert. Der Qualitätsmaßstab ist hier die Adressat*innenangemessenheit.

Die Diskussion um ES und LS wird seit einigen Jahren auch in der wissenschaftlichen Literatur intensiv geführt. Während ES vor allem als verständlichkeitsorientierte Sprachform betrachtet wird, ist LS ein klar regelgebundenes Konzept (Bredel & Maaß, 2016). Im Gesundheitswesen zeigt sich, dass ES insbesondere in medizinischen Gesprächen und in schriftlichen Patient*inneninformationen hilfreich ist, während LS vor allem für verbindliche Dokumente, Formulare oder rechtlich relevante Informationen eingesetzt wird (Maaß & Rink, 2022).

2.2 Rechtliche und normative Grundlagen

UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Art. 25 der UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, Menschen mit Beeinträchtigungen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen. Dazu gehört auch, dass medizinische Informationen und Aufklärungen zugänglich und diskriminierungsfrei allen Patient*innen bereitgestellt werden (Degener & Diehl, 2015). Für die Praxis folgt daraus die Pflicht, Kommunikationsbarrieren abzubauen (z. B. durch angepasste Sprache, visuellen Hilfen, UK).

Ergänzend dazu verpflichtet Artikel 21 UN-BRK die Vertragsstaaten, Informationen in barrierefreier Form bereitzustellen, insbesondere durch die Anerkennung und Förderung alternativer Kommunikationsformen wie Leichter/Einfacher Sprache, Gebärdensprache oder Braille[1]. Das stärkt nochmals die Verpflichtung zur barrierefreien Kommunikation im Gesundheitswesen.

Patientenrechtegesetz / BGB § 630e (Aufklärungspflichten)

Behandelnde müssen Patient*innen vor einer Einwilligung über Art, Umfang, Durchführung, Risiken, Alternativen und Dringlichkeit der Behandlungsmaßnahme in verständlicher Form aufklären. Dabei ist der Maßstab im Gespräch die Verständlichkeit für die Patient*innen. Bei eingeschränkten Kognitions- und/oder Sprachfähigkeiten sind unterstützende Gesprächsformen zu wählen (z. B. Einfache Sprache, Visualisierungen, Dolmetscher*innen, UK-Materialien). Das Gesetz untermauert noch einmal die Verpflichtung zu einer inklusiven Kommunikation in der Gesundheitsversorgung.

Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) / Barrierefreiheit

§ 4 BGG definiert in Deutschland Barrierefreiheit unter anderem für Informationsverarbeitung und Kommunikationssysteme. Für öffentliche Stellen folgen daraus Anforderungen an barrierefreie Informationsangebote (z. B. Patient*inneninformationen, digitale Inhalte) ergänzend konkretisiert durch nachgeordnete Regelungen. Für Krankenhäuser und Praxen mit öffentlichem Träger ist dies unmittelbar relevant.

[1] Braille ist eine Tastschrift, die von Menschen mit Sehbeeinträchtigung oder Blindheit verwendet wird. Sie besteht aus Punktemustern, die mit den Fingern ertastet werden.

Hinweisbox

- **UN-BRK Art. 25**: Recht auf diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung, inkl. Zugänglicher Informationen.
- **UN-BRK Art. 21**: Verpflichtung zur barrierefreien Bereitstellung von Informationen, inkl. Anerkennung alternativer Kommunikationsformen (z. B. Leichte / Einfache Sprache, Gebärdensprache, Braille).
- **BGB § 630e**: verständliche Aufklärung; Gesprächsform an Bedarfe der Patient*innen ausrichten.
- **BGG § 4**: Barrierefreiheit umfasst Informations- / Kommunikationssysteme;

2.3 Barrieren in der medizinischen Versorgung

In der medizinischen Versorgung von MmksB kann es zu unterschiedlichen Herausforderungen aber auch zu Barrieren kommen.

Dazu zählen u. a.:

- **Sprachlich-fachlich**: Medizinischer Fachsprache, unklare Abkürzungen, Metaphern/Redewendungen, lange verschachtelte Sätze → erschweren das Verstehen des Inhalts und das Besprochene im Gedächtnis zu behalten.
  ➔ **Hilfe**: ES/LS, Visualisierung, Gesprächsgliederung, (vgl. Kap. 5)
- **Kognitiv-verarbeitungsbezogen**: Zeitdruck, fehlende Pausen, Reizüberflutungen (z. B. Lärm, Umgebung), fehlende Struktur oder fehlende Informationswiederholungen → fördern Scheinverständnis aufseiten der Patient*innen.
  ➔ Hilfe: Gesprächsstruktur, WWSZ-Techniken, Teach-Back (vgl. Kap. 4.1)
- **Sozial-organisatorisch**: „Über-den-Kopf-hinweg-reden“, fehlende Unterstützung, uneinheitliche Informationskanäle → mindern Teilhabe und Compliance.
  ➔ Blickkontakt, direkte Ansprache, informierte Einbeziehung von Drittpersonen (z. B. Angehörige, Betreuungspersonen)
- **Medien-/Zugangsbarrieren**: Nicht barrierefreie Formulare/Infos (digital/print), fehlende Piktogramme.
  ➔ Hilfe: BGG/BITV (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung)-konforme Bereitstellung, Kurzinfos mit Symbolen, QR-Codes zu Audio- / Videoerklärung.

Studien zeigen, dass Kommunikationsbarrieren nicht nur das Verständnis, sondern auch die Patient*innensicherheit erheblich beeinträchtigen können. So wurden beispielsweise medizinischer Fachsprache und fehlende Struktur als häufigste Ursachen für Aufklärungsdefizite identifiziert (Dinius et al., 2020; Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen [IMPP], 2021; Allan, 2023). Auch die National Institute for Health and Care Excellence Guideline (NICE Guideline) zur Patient*innenerfahrung hebt hervor, dass unzureichende Kommunikation zu schlechterem Behandlungsergebnis und geringerem Vertrauen in das Gesundheitssystem führen kann (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016).

Praxisbeispiel



- In der Notaufnahme erfolgt die Kommunikation ausschließlich mit den Angehörigen der Patientin. Die Patientin selber wird dabei nicht beachtet und erhält keine direkten Informationen erhält.
- Ein Aufklärungsbogen ist ausschließlich in Fachsprache verfasst (z. B. „Dissektion der Arteria carotis interna“), ohne Hilfsmittel oder Erklärung. Für viele Patient*innen bleiben die Informationen unverständlich.

Solche beispielhaften Situationen unterstreichen die Notwendigkeit inklusiver Kommunikationsstrategien.

2.4 Übergreifende Prinzipien

1. **Adressat*innenangemessenheit & Respekt**: Patient*in zuerst adressieren; aktiv nach ihren Präferenzen fragen

   z. B. „Gibt es etwas, das ich in Gesprächen bei Ihnen beachten soll?“

2. **Transparenz und Struktur**: Kurze Agenda darstellen; im Gespräch deutlich machen, welcher Gesprächsabschnitt gerade dran ist, bzw. als nächster Schritt folgt. z. B. „Jetzt sprechen wir über die Medikamente, die Sie einnehmen sollen."
3. **Verständlichkeit priorisieren**: Zwischendurch immer wieder zusammenfassen, was bisher besprochen worden ist. Nutzung von ES/LS, Visualisierungen, UK.
   Am Ende klar sagen, wie die Behandlung weitergeht und welche nächsten Schritte geplant sind.
4. **Zugang sicherstellen**: Bei digitalen/gedruckten Materialien barrierearme bzw. barrierefreie Fassungen bereitstellen z. B. Varianten in ES/LS, mit großer Schrift, hohen Kontrasten.

2.5 Praxis-Checkliste

☐ Zielgruppe und Bedarfe klären (Sprache, Kognition, Sinnesfunktionen, Assistenzbedarf).

☐ Ablauf des Gesprächs und Untersuchung nennen, Zeitumfang kommunizieren, Umgebung reizarm gestalten.

☐ Einfache Sprache / Leichte Sprache + Visualisierung (Piktogramme, Skizzen)

☐ Unterstützende Materialien / Hilfestellungen anbieten (UK-Material, Dolmetschen, Assistenz)

☐ Teach-Back zur Verständnissicherung (vgl. Kapitel 3)

☐ Barrierefreie und leicht verständliche Patient*inneninformationen bereitstellen

Praxis-Tipp



Checklisten, Visualisierungen und strukturierte Gesprächstechniken sollten standardmäßig in den klinischen Alltag integriert werden und nicht nur als „Zusatz", sondern als Qualitätsmerkmal einer guten Versorgung verstanden werden.

3. Gesprächsrahmen

3.1 Vor dem Gespräch

Bereits bevor das eigentliche Gespräch beginnt, finden wichtige Interaktionen zwischen den beteiligten Personen statt. Diese Interaktionen sind oftmals nonverbal und können das nachfolgende Gespräch erheblich beeinflussen (Watzlawick et al., 2017). Einfache Gesten wie Blickkontakt, eine zugewandte Körperhaltung, ein freundlicher Gruß oder eine einfache Geste können dazu beitragen, Vertrauen und Offenheit zwischen den Gesprächspartner*innen zu fördern.

Internationale Leitlinien weisen darauf hin, dass gerade Setting und Atmosphäre entscheidend sind, um Vertrauen aufzubauen (Silverman et al., 2013). Dazu gehören: ausreichende Gesprächszeit, ein ruhiger Raum, Vermeidung von Unterbrechungen sowie die bewusste Wahrnehmung der Patient*innen als primäre Gesprächspartner*innen (Langewitz et al., 1998).



Praxis-Tipp

- Mobiltelefone und andere Störquellen bewusst ausschalten.
- Patient*innen bei der Platzwahl mit einbeziehen (z. B. Sitzplatz, Lichtverhältnisse).
- Unterstützende Materialien (z. B. Schreibtafel, Piktogramme) von Beginn an sichtbar bereitlegen.

3.2 Gesprächseinstieg

Der Gesprächseinstieg sollte immer klar, strukturiert und empathisch erfolgen. Die Beachtung dieser Aspekte hilft vor allem Menschen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen, sich zu orientieren und Sicherheit zu gewinnen.

Studien zeigen, dass Patient*innen die ersten 1–2 Minuten eines Gesprächs als besonders prägend erleben. Schon hier entscheidet sich, ob Vertrauen entsteht. Für MmksB

gilt: Kurze Vorstellungsrunden, eine klare Benennung des Anlasses und das Aufzeigen des Gesprächsverlaufs sind zentrale Anker (Langewitz et al., 2002).

Praxisbeispiel



„Guten Tag, mein Name ist Frau Dr. Manner. Ich bin Ihre behandelnde Ärztin. Wir schauen gemeinsam, was Ihnen bei Ihrem Sturz passiert ist. Ich erkläre Ihnen jetzt kurz, was passiert: Ich stelle Ihnen dazu zuerst ein paar Fragen, danach untersuche ich Ihre Schulter. Wenn etwas unklar ist, geben Sie mir bitte Bescheid."

Besonders hilfreich sind Orientierungssignale, wie:

- „Wir haben jetzt etwa 10 Minuten Zeit."
- „Heute geht es um Ihre Bauchschmerzen."
- „Am Ende sage ich Ihnen noch, wie es weitergeht."

3.3 Gesprächsstruktur

Während im Gesprächseinstieg (Abschnitt 3.2) der Fokus auf Begrüßung, Orientierung und Gesprächsauftakt liegt, geht es im Folgenden um die strukturierte Gestaltung des gesamten Gesprächsverlaufs.

Ein klarer Ablauf nach festen Bausteinen (z. B. Anamnese – Untersuchung – Befunderklärung – Therapieplanung – Abschluss) erhöht nachweislich das Verständnis und die Patient*innenzufriedenheit (Silverman et al., 2013; Langewitz et al., 2002).

Für viele MmksB ist eine **visuelle Struktur** besonders hilfreich sein:

- Ausdruck von **Piktogrammen**

  z. B. Anamnese = Fragezeichen, Untersuchung = Stethoskop
- Einsatz von Flipcharts oder A4-Blättern mit Symbolen.
- Wiederkehrende Formulierungen

  z. B. „Jetzt sprechen wir über…"

Praxisbeispiel



„Ein Arzt nutzt während des Gesprächs kleine Kärtchen, auf denen die einzelnen Gesprächspunkte oder Themenabschnitte visuell dargestellt sind. Nach jedem Punkt zeigt er der Patientin die entsprechende Karte, legt sie anschließend zur Seite und kündigt den nächsten Abschnitt an. Die Patientin mit kognitiver Beeinträchtigung fühlt sich dadurch besser orientiert und sicherer im Gesprächsverlauf."

3.4 Gesprächsabschluss

Ein patient*innenorientierter Gesprächsabschluss sollte frühzeitig angekündigt, klar formuliert und offen für Rückfragen gestaltet werden. Besonders bei MmksB kann ein strukturierter Abschluss dazu beitragen, das Gespräch besser zu verarbeiten, offene Punkte zu klären und Sicherheit im weiteren medizinischen Behandlungsverlauf zu gewinnen. Empfehlungen aus der Psychoonkologie zeigen, dass ein strukturierter Gesprächsabschluss das Angstniveau von Patient*innen senken und das Behalten von Informationen verbessern kann (Back et al., 2005). Wichtige Elemente dabei sind:

- Zusammenfassung der wesentlichen Punkte.
- Nachfrage nach offenen Fragen.
- Visualisierte „Next Steps" für Patient*innen (z. B. Merkblatt, Medikationsplan).

Praxisbeispiel



„Wir kommen jetzt zum Ende unseres Gesprächs. Ich fasse einmal zusammen: Sie nehmen ab morgen früh die neue Tablette. Jeweils eine am Morgen. In einer Woche sehen wir uns zur Kontrolle wieder. Haben Sie dazu noch Fragen?"

Besonders effektiv ist es, am Ende die Teach-Back-Methode (vgl. Kap. 4.1) einzusetzen z. B.:
„Wenn Ihre Frau Sie später zu Hause fragt, wie Sie die Tabletten einnehmen sollen, was sagen Sie ihr dann?"

3.5 Vorteile eines strukturierten Gesprächsrahmens

Wenn ein Gespräch nach einer klaren Reihenfolge abläuft, bringt das viele Vorteile für Ihre Patient*innen: Sie fühlen sich orientierter, behalten mehr Informationen und trauen sich auch eher Nachfragen zu stellen.

Internationale Studien zeigen dabei, dass strukturierte Gesprächsabläufe die Adhärenz erhöhen, Missverständnisse reduzieren und die Patient*innenzufriedenheit steigern (Ha Dinh et al., 2016; Talevski et al., 2020). Für Ärzt*innen und Pflegekräfte bedeutet das, dass die Kommunikation insgesamt effizienter und ruhiger abläuft, ohne dass wichtige Punkte verloren gehen.

4. Kommunikationsstrategien

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Strategien stellen konkrete methodische Hilfen dar, um Kommunikation inklusiv zu gestalten. Sie sind nicht isoliert voneinander anzuwenden, sondern können je nach Gesprächsverlauf flexibel kombiniert werden.

4.1 Teach-Back-Methode

Die Teach-Back-Methode ist eine einfache, aber sehr effektive Technik, um zu überprüfen, ob Patient*innen die vermittelten Inhalte wirklich verstanden haben. Das ist besonders wichtig, wenn Patient*innen Einschränkungen im kognitiven Verstehen, im Gedächtnis oder in der Sprachverarbeitung haben, wie etwa bei Demenz, Lernschwierigkeiten oder Aphasie. Aber auch bei Menschen mit geringen Deutschkenntnissen kann diese Methode sehr effektiv sein.

Die Methode beruht nicht auf „Kontrolle“ oder „Abfrage“, sondern auf einem respektvollen Kommunikationsstil, der die Verantwortung für die Verständlichkeit bei der medizinischen Fachkraft belässt. Dabei belegen Studien, dass durch die Anwendung der Teach-Back-Methode Fehler in der Behandlung reduziert werden können, aber auch die Therapietreue der Patient*innen gesteigert wird (Talevski et al., 2020).



Ziel

Verständnis sichern – ohne Druck oder Überforderung.

Schritt 1: Erklären

Vermitteln Sie die wichtigsten Informationen klar, strukturiert und möglichst in Einfacher Sprache. Reduzieren Sie auf das Wesentliche. Visualisierungen oder unterstützende Materialien können dabei hilfreich sein.

Leitfragen:

- Was muss mein*e Patient*in unbedingt wissen?
- Was weiß er*sie bereits? (→ Aktivierung von Vorwissen)

Schritt 2: Rückfragen mit „Teach-Back“ stellen

Bitten Sie Ihre Patient*innen, das Gesagte in eigenen Worten zu wiederholen, jedoch ohne dabei einen Wissenstest zu erzeugen. Die Formulierung sollte betonen, dass Sie selbst die Verantwortung für eine verständliche Erklärung übernehmen.

Beispielformulierungen:

- *„Ich möchte sicherstellen, dass ich alles gut erklärt habe. Können Sie mir noch mal sagen, was jetzt der nächste Schritt ist?“*
- *„Wenn Ihre Tochter später fragt, was wir besprochen haben, was erzählen Sie ihr dann?“*
- *„Was haben Sie jetzt für sich mitgenommen?“*

Tipp: Vermeiden Sie die Frage: „Haben Sie alles verstanden?“ – denn viele Patient*innen antworten aus Unsicherheit einfach mit „Ja“, obwohl sie nichts verstanden haben.

Schritt 3: Feedback geben und ggf. wiederholen

Wenn das Verständnis korrekt war, bestärken Sie Ihre Patient*innen („Das haben Sie gut verstanden“). Bei Unklarheiten erklären Sie den Punkt noch einmal, gerne mit anderen Worten, Bildern oder Beispielen.

4.2 WWSZ-Techniken

Die sogenannten WWSZ-Techniken (Warten – Wiederholen – Spiegeln – Zusammenfassen) sind ein Bestandteil der patient*innenzentrierten Gesprächsführung. Sie fördern einen achtsamen, respektvollen Gesprächsverlauf, insbesondere mit Menschen, deren sprachliche oder kognitive Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind.

Die vier Techniken unterstützen nicht nur das Verstehen, sondern auch das Gefühl, ernst genommen und gesehen zu werden. Besonders wichtig ist, dass Patient*innen ausreichend Zeit erhalten, ihre Gedanken und Gefühle mitzuteilen, ohne Druck oder Unterbrechungen.



Ziel

Achtsames Zuhören und sprachliche Barrieren überwinden – durch strukturierte Gesprächsführung.

Hinweis: Die vier Techniken sind **modular anwendbar**, sie müssen demnach nicht in einer festen Reihenfolge durchgeführt werden und können an verschiedenen Stellen im Gespräch flexibel eingesetzt werden:

Warten: Lassen Sie bewusst Pausen von 2–3 Sekunden, nachdem Ihre Patient*innen gesprochen haben, um ihnen Raum zum Nachdenken und eine Möglichkeit zu geben, weitere relevante Informationen zu teilen. Halten Sie die Aufmerksamkeit zu Ihren Patient*innen in den Pausen durch Augenkontakt aufrecht.

Wiederholen: Wiederholen Sie wichtige Aussagen Ihrer Patient*innen in Ihren eigenen Worten. Dieser Punkt ist nur wichtig, wenn Sie merken, dass der Redefluss ins Stocken gerät.
Beispiel: *„Sie meinten gerade, dass Sie Herzschmerzen haben?“*

Spiegeln (der Emotionen): Greifen Sie an dieser Stelle gezielt die geäußerte Emotion, die Sie durch Ihre Patient*innen erfahren haben, auf.
Wichtig: Achten Sie darauf, ausschließlich das wiederzugeben, was tatsächlich gesagt wurde – ohne Interpretationen oder zusätzliche Informationen.
Beispiel: *„Und nun machen Sie sich Sorgen, dass Sie etwas Schlimmes haben könnten?“*
Durch das Stellen einer Frage, indem Sie die vorher erwähnte Emotion aufnehmen, entsteht Raum für weitere Äußerungen und vertieft das Gespräch auf eine empathische Weise.

Zusammenfassen: Fassen Sie am Ende des Gesprächs die wichtigsten Punkte zusammen, um zu prüfen, ob Sie Ihre Patient*innen richtig verstanden haben. Dabei ordnen Sie die besprochenen Inhalte nach Relevanz in strukturierter Form zusammen, beginnend mit den zentralen Punkten. Das schafft Klarheit und signalisiert aktives Zuhören.
Beispiel: *„Wenn ich Sie richtig verstanden habe, macht Ihnen Ihre Erkrankung und die damit einhergehende Ungewissheit große Sorgen.“*

Die Techniken sind leicht zu erlernen und machen ein Gespräch ruhiger, strukturierter und für die Patient*innen vertrauensvoller. In Kommunikationsschulungen für Ärzt*innen

werden diese Techniken seit Jahren empfohlen und gelten als Kernelement patient*innenzentrierter Gesprächsführung (Langewitz et al., 2002; Ärztekammer Nordrhein, 2015).

4.3 NURSE-Modell

Das **NURSE-Modell** bietet eine strukturierte Methode für den Umgang mit emotional belasteten Patient*innen, insbesondere mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen. Viele von ihnen empfinden klinische Settings als herausfordernd, was sich zusätzlich auf ihre Kommunikationsfähigkeit auswirken kann. Trotz seines Namens richtet sich das Modell nicht ausschließlich an Pflegekräfte, sondern ebenso an Ärzt*innen und weiteres medizinisches Fachpersonal.



Ziel

Emotionale Belastungen erkennen und empathisch begleiten – für mehr Vertrauen und Offenheit.

1. **N** für *Name the emotion*: Sprechen Sie die von Ihnen wahrgenommene Emotion des*der Patient*in an.
   Beispiel: *„Ich merke, dass Sie gerade sehr aufgebracht sind und dass Sie sich gerade sehr ärgern …“.*
2. **U** für *Understanding*: Hören Sie aktiv zu und zeigen Sie Verständnis für die geäußerte Emotion.
   Beispiel: *„Es ist völlig nachvollziehbar, dass Sie das jetzt aus der Ruhe bringt, viele Patient*innen reagieren so, wenn sie das erfahren.“*
3. **R** für *Respect*: Zeigen Sie Respekt für die Situation und die Reaktion der Patient*innen.
   Beispiel: *„Sie müssen gerade einiges durchstehen, das erfordert viel Stärke von Ihnen.“*
4. **S** für *Support*: Bieten Sie Ihren Patient*innen emotionale und praktische Unterstützung an.

Beispiel: *„Wir sind hier, um Sie zu unterstützen und gemeinsam mit Ihnen eine Lösung zu finden."*

5. **E** für *Exploring*: Erkundigen Sie sich nach weiteren Auslösern oder Hintergründen der Emotion.
   Beispiel: *„Was ist besonders schlimm für Sie?"*

Das NURSE-Modell ist nicht als starrer Leitfaden für die Gesprächsführung zu verstehen. Vielmehr kann er Ihnen dabei helfen, die Kommunikation individuell an die Kommunikationsbedürfnisse Ihrer Patient*innen anzupassen. Es empfiehlt sich, vermutete Emotionen gleich zu Beginn des Gesprächs anzusprechen, um Missverständnisse zu vermeiden. Der weitere Gesprächsverlauf kann dann flexibel und ohne feste Reihenfolge gestaltet werden (Ärztekammer Nordrhein, 2015).
Studien zeigen: Wenn medizinisches Fachpersonal empathisch agiert, fühlen sich Patient*innen ernst genommen, haben weniger Angst und sprechen offener über schwierige Themen (Back et al., 2005; Childers et al., 2023). Gerade bei belastenden Gesprächsthemen kann die Anwendung des NURSE-Modells helfen, Vertrauen zwischen Ihnen und den Patient*innen aufzubauen.

5. Einfache Sprache

Für viele Patient*innen reicht es bereits aus, wenn Sie im Gespräch bewusst einfachere Formulierungen wählen. Besonders dann, wenn Patient*innen auf die Frage „Gibt es etwas, das ich bei der Kommunikation mit Ihnen beachten soll?“ mit „Bitte in Einfacher Sprache“ antworten, ist es wichtig, einige grundlegende Prinzipien zu kennen und anzuwenden.

Hinweis



Es wird zwischen Einfacher Sprache und Leichter Sprache unterschieden. Leichte Sprache folgt einem festen Regelwerk und wird durch die Zielgruppe auf Verständlichkeit geprüft und zertifiziert. Einfache Sprache orientiert sich an allgemeinen Verständlichkeitsprinzipien und ist flexibler einsetzbar – auch im direkten Gespräch.

5.1 Was ist Einfache Sprache?

Einfache Sprache zielt darauf ab, **Informationen** möglichst **einfach, verständlich und zugänglich zu vermitteln**. In Deutschland verstehen rund 95 % der Menschen Texte und Gespräche in Einfacher Sprache. 5 % der Menschen in Deutschland benötigen Texte und Gespräche in Leichter Sprache. Für viele Menschen kann Einfache Sprache im medizinischen Versorgungskontext hilfreich sein. Dazu gehören u. a. folgende Personengruppen:

- Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung
- Menschen mit Lernschwierigkeiten, Lese- und Rechtschreibschwäche
- Menschen mit Hirnschädigungen
- Menschen mit geringen Deutschkenntnissen
- ältere Menschen

(Sayfi et al., 2024).

Im medizinischen Versorgungskontext kann Einfache Sprache dazu beitragen, Missverständnisse zu vermeiden, Unsicherheiten zu reduzieren und die Selbstbestimmung der Patient*innen zu stärken.

5.2 Grundsätze Einfacher Sprache

Kurze Sätze

Kurze Sätze (max. 15–20 Wörter) sind leicht verständlich und schnell zu erfassen. Bei stärker kognitiv beeinträchtigten Patient*innen können noch kürzere Sätze (z. B. bis zu 7 Wörter) sinnvoll sein. Grundsätzlich gilt: Je stärker die kognitive Beeinträchtigung, desto kürzer und einfacher sollten die Sätze sein.

- **Negativbeispiel**: *„Es wäre sinnvoll, wenn Sie täglich jeweils morgens und abends nach dem Frühstück und Abendessen eine Tablette einnehmen würden, da dies die Wirksamkeit erhöht.“*
- **Positivbeispiel**: *„Bitte nehmen Sie morgens und abends je eine Tablette mit Wasser ein.“*

Einfache Satzstellung

Eine einfache und klare Satzstruktur kann Ihnen dabei helfen, Missverständnisse zu vermeiden und die Kernbotschaft direkt zu vermitteln.

Am besten: **Subjekt – Prädikat – Objekt,** keine Füllwörter

- **Negativbeispiel**: *„Es wäre ratsam, wenn der Arzt gegebenenfalls eine Untersuchung Ihres Blutdrucks vornehmen könnte.“*
- **Positivbeispiel**: *„Der Arzt untersucht Ihren Blutdruck.“*

Keine überflüssigen Details oder Informationen

Überflüssige Informationen können den Text überladen und wichtige Inhalte in den Hintergrund stellen.

- **Negativbeispiel**: *„Um möglichst exakte Werte zu erhalten, bitte ich Sie, am Tag der Untersuchung nichts zu essen und zu trinken.“*
- **Positivbeispiel**: „Bitte essen und trinken Sie nichts vor der Blutuntersuchung.“

Verzicht auf Fachwörter und Abkürzungen

Fachsprache kann für Patient*innen schwer zu verstehen sein. Nutzen Sie stattdessen allgemein verständliche Begriffe. Falls doch ein Fremdwort oder eine Abkürzung verwendet wird, erklären Sie die Bedeutung.

- **Negativbeispiel**: *„Wir kontrollieren ihr Herz mit einem EKG."*
- **Positivbeispiel**: *„Wir müssen Ihren Herzschlag überprüfen. Dafür machen wir eine Untersuchung. Die heißt EKG."*

Sprichwörter, Metaphern oder Ironie

Manche Menschen verstehen Sprichwörter und Metaphern nicht und sind dadurch oft verwirrt.

- **Negativbeispiel**: *„Ihre Blutwerte sind im grünen Bereich."*
- **Positivbeispiel**: *„Ihre Blutwerte sind gut."*

Aktive Sprache

Durch die Verwendung von aktiver Sprache anstelle von Passivkonstruktionen können Sie Ihre Sätze klarer und verständlicher formulieren.

- **Negativbeispiel**: *„Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden Sie informiert."*
- **Positivbeispiel**: *„Wir informieren Sie, sobald die Ergebnisse vorliegen."*

Verzicht auf Konjunktiv

Der Konjunktiv wirkt unverbindlich und kann Unsicherheiten auslösen. Klare Aussagen und Anweisungen helfen, den Inhalt präzise zu vermitteln.

- **Negativbeispiel**: *„Es wäre hilfreich, wenn Sie die Tabletten regelmäßig einnehmen würden."*
- **Positivbeispiel**: *„Sie sollen die Tabletten regelmäßig nehmen."*

Wenn Sie klare und einfache Worte in Ihren Gesprächen nutzen, verstehen Ihre Patient*innen viel besser, worüber Sie sprechen. Studien zeigen außerdem, dass Einfache Sprache dabei hilft, medizinische Informationen zu verstehen, wodurch ein erhöhtes Sicherheitsgefühl entsteht und dabei helfen kann, die besprochene Behandlung besser einzuhalten.

Denken Sie daran, dass kleine Anpassungen bereits einen großen Unterschied machen können.

Unterschiede Einfache Sprache und Leichte Sprache

	Einfache Sprache	**Leichte Sprache**
Definition	Verständlichkeitsorientierte Sprachform, ohne feste Normen	Regelgebundene Sprachform mit klar definierten Regeln (Netzwerk Leichte Sprache, DIN SPEC 33429)
Regeln	Orientierung an allgemeinen Prinzipien: kurze Sätze, aktive Formulierungen, Verzicht auf unnötige Fachwörter	Feste Regeln: max. 1 Information pro Satz, einfache Satzstrukturen, keine Abkürzungen, geprüfte Wortlisten
Prüfung	Keine formale Prüfung; Qualität bemisst sich an Zielgruppenverständlichkeit	Verpflichtende Prüfung durch Betroffene (Menschen mit Lernschwierigkeiten)
Adressat*innen	Breites Publikum: Menschen mit eingeschränkter Sprach- oder Lesekompetenz, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, allgemeine Bevölkerung	Vor allem Menschen mit **Lernschwierigkeiten** oder erheblichen kognitiven Einschränkungen
Einsatzbereich	Patienteninformationen, Arzt-Patienten-Gespräche, Webseiten, Formulare, Aufklärungsgespräche	Rechtliche Texte, behördliche Informationen, Wahlunterlagen, barrierefreie Pflichtdokumente
Rechtsgrundlage / Standard	Kein gesetzlich verbindlicher Standard; Orientierung an Verständlichkeitsforschung	DIN SPEC 33429, Regeln Netzwerk Leichte Sprache; Barrierefreiheitsstärkungsgesetz verweist auf LS
Beispiel	*„Sie müssen das Medikament zweimal am Tag nehmen: morgens und abends.“*	*„Sie nehmen 2-mal am Tag eine Tablette. Eine Tablette am Morgen. Eine Tablette am Abend.“*

6. Fallbeispiele

6.1. Patient mit Demenz

Situation

Herr Trommpeter, 68 Jahre, kommt nach einem Fahrradsturz in die Notaufnahme. Er hat Schmerzen an der Schulter und wirkt bereits beim Eintreffen nervös. Herr Trommpeter lebt seit zwei Jahren mit einer Demenzdiagnose, die ihn besonders in neuen Situationen schnell überfordert. Seine Ehefrau begleitet ihn.

Beobachtung / Dialog

Die Ärztin begrüßt Herrn Trommpeter knapp, spricht dann aber fast ausschließlich mit seiner Frau und der Pflegekraft. Sie nennt verschiedene medizinische Maßnahmen, ohne Herrn Trommpeter direkt einzubeziehen oder ihm den Ablauf zu erklären.



„Bitte einmal Zugang legen, Blut abnehmen und dann direkt Röntgen.“

„Zugang…? Was meinen Sie… Zugang?“



Herr T. spricht leise, zögerlich und sucht den Blick seiner Frau.

„Können Sie kurz erklären, was jetzt passiert? Mein Mann versteht das nicht gleich.“





„Das machen wir gleich alles, jetzt erstmal Zugang und Blutentnahme.“

Die Ärztin wendet sich direkt an die anwesende Pflegekraft.

„Zugang…? Was meinen Sie… Zugang?“



Herr T. blickt verwirrt zwischen den Personen hin und her, presst die Lippen zusammen

„Er ist schnell verunsichert, wenn er nicht weiß, was passiert.“



Währenddessen schaut Herr Trommpeter unruhig umher, vermeidet Blickkontakt, stellt bruchstückhafte Rückfragen („Zugang…? Röntgen…?“) und wirkt zunehmend überfordert. Er zieht sich sprachlich zurück und überlässt das Reden seiner Frau.

Hier wird deutlich: Die Ärztin bezieht den Patienten nicht wirklich in das Gespräch ein, erklärt nicht, was passiert, und schafft keine Orientierung. Herr Trommpeter erlebt Verwirrung und Kontrollverlust.

Kernherausforderung

Wie kann im hektischen Umfeld der Notaufnahme ein Gespräch so geführt werden, dass Herr Trommpeter trotz seiner Demenz den Ablauf versteht, Orientierung bekommt und aktiv einbezogen wird?

Leitfragen

- Wie kann ich in kurzer Zeit Struktur und Sicherheit vermitteln?
- Wie beziehe ich den Patienten trotz seiner Demenz aktiv in das Gespräch ein?
- Wie vermeide ich, über den Kopf hinweg zu sprechen?
- Welche Hilfen (z. B. Visualisierungen) geben zusätzlich Orientierung?

Wichtige Punkte im Umgang mit demenziell veränderten Patient*innen

Orientierung geben: Ablauf in 2–3 Schritten erklären

Ruhiger Rahmen: Blickkontakt, leise Stimme, langsames Tempo

Verständlich sprechen: kurze Sätze, Begriffe erklären

Patient*innen beziehen: Patient*innen direkt ansprechen, Fragen beantworten

Nächste Schritte ankündigen: Was passiert gleich? Wer kommt?

Empfohlenes Vorgehen:

1. **Ruhiger Start & Gesprächsrahmen schaffen** (max. 30 Sek.) z. B.:



„Ich bin Frau Dr. Stratzki, Ihre Ärztin heute. Wir machen jetzt drei Schritte: Erst stelle ich Ihnen ein paar Fragen, dann untersuche ich Ihre Schulter, danach schicke ich Sie zum Röntgen. Ich sage Ihnen immer vorher, was als Nächstes kommt.“

2. **Abschnitte ankündigen:**



„Jetzt kommen die Fragen. Danach untersuche ich Sie.“

3. **Reizarmut & Tempo:**

   Störquellen reduzieren (z. B. Vorhang zuziehen, Tür vom Gesprächsraum schließen, etc.), Blickkontakt halten, kurze Sätze nutzen.

4. **Zwischenergebnisse erklären:**



„Wir wissen jetzt: Sie sind gestürzt, haben Schmerzen an Ihrer linken Schulter und nehmen Blutdrucktabletten. Als Nächstes untersuche ich die Schulter, dann machen wir ein Röntgen.“

5. **Abschluss**:



„Gleich fährt Sie jemand zum Röntgen. Danach besprechen wir das Bild in Ruhe. Haben Sie dazu noch Fragen?“

Materialien:

- Ggf. Piktografischer Ablauf (z. B. Abbildungen zu den Schritten: Fragen, körperliche Untersuchung und Röntgen)
- Schmerzskala mit Symbolen (Bei der Nachfrage, wie stark die Schmerzen sind)

6.2. Patient mit Schlaganfall

Situation

Herr Brehm, 52 Jahre, liegt seit fünf Tagen nach einem Schlaganfall auf Station. Er zeigt aktuell eine leichte Lähmung der rechten Körperseite und sprachliche Einschränkungen in Form einer nicht-flüssigen, mittelschweren Sprachstörung. Das Sprachverständnis erscheint nach sprachtherapeutischer Testung weitgehend erhalten.

Beobachtung / Dialog

Die Ärztin möchte die Einnahme einer neuen Medikation erklären. Sie wendet sich direkt an Herrn Brehm, bleibt jedoch sehr allgemein.



„Sie nehmen ab morgen täglich eine Tablette gegen Blutgerinnsel. Damit sinkt das Risiko für einen neuen Schlaganfall.“

Herr B. nickt und sagt leise:

„Ja... Tablette...“





„Haben Sie das verstanden?“

Herr B. zeigt seinen Daumen hoch.



„Morgens eine, immer zur gleichen Zeit.“

Herr B. zeigt auf die Uhr, macht unklare Gesten.



„Alles klar? Fragen?“

„Gut... ja.“



Herr Brehm stimmt zu, nickt und zeigt Gesten, doch ob er die Information tatsächlich verstanden hat, bleibt unklar. Es entsteht der Eindruck eines „Scheinverständnisses“.



Hier wird deutlich: Die Ärztin prüft nicht wirklich, ob der Patient alles verstanden hat, was schwerwiegende Folgen für den Behandlungsverlauf haben kann. Herr Brehm wird durch die Aphasie in seinem Ausdruck stark beeinträchtigt und kann nur eingeschränkt Rückmeldung und -fragen geben.

Personenfotos: Designed by Freepik.

Kernherausforderung

Wie kann das Verständnis von Herrn Brehm objektiv geprüft werden, ohne dass er das Gefühl bekommt, getestet zu werden?

Welche Ausdrucksformen können genutzt werden, wenn die Lautsprache eingeschränkt ist?

Leitfragen

• Wie setze ich Teach-Back bei eingeschränkter Sprachproduktion um?

• Welche alternativen Ausdrucksformen (z. B. Bildkarten, Symbole, Schreiben) sind möglich?

Wichtige Punkte im Umgang mit Patient*innen mit nicht-flüssiger Aphasie

Verständnissicherung durch **Teach-Back** – ohne Prüfcharakter

Einfache Sprache & **klare Struktur**: kurze Sätze, vertraute Begriffe, keine Fachsprache

Keine Ja-/Nein-Fragen, sondern **offene** oder **visuell** gestützte Rückfragen

Alternative Ausdrucksformen ermöglichen: Piktogramme, Symbole, Uhrzeitkarten

Geduldig nachjustieren, wenn Verständnis nicht eindeutig ist

Alltagsbezug nutzen: z. B. „Was erzählen Sie Ihrer Familie heute Abend?“

Unterstützendes Material mitgeben, z. B. symbolgestützter Medikationsplan

Empfohlenes Vorgehen - Teach-Back:

1. **Erklären:** Reduziert auf das Wesentliche, kurze Sätze, ggf. mit unterstützender Abbildung z. B: Sonne = morgens



„Sie brauchen ab morgen diese Tabletten. Die Tablette verhindert, dass sich Blutgerinnsel bilden. Sie nehmen jeden Morgen eine davon.“

2. **Teach-Back einleiten**

   (Rahmen entlastend)



„Ich möchte schauen, ob ich Ihnen alles gut erklärt habe. Zeigen Sie mir bitte einmal, wann Sie die Tablette nehmen werden.“

3. **Alternative Ausdrucksformen anbieten:** Piktogramme (Sonne = morgens), Uhr-Symbol mit Ankreuzfeld. Herr Brehm kann zeigen oder ankreuzen.

Personenfotos: Designed by Freepik.

4. **Feedback geben & ggf. nachjustieren**

   Wenn Herr Brehm nicht klar aufzeigt, wie er die Tablette nehmen muss: *„Ich erkläre es nochmal anders*, kurze Sätze nutzen.



„Ich erkläre es nochmal anders: Immer morgens (auf das Piktogramm Sonne zeigen) *nach dem Zähneputzen. Schauen Sie: Sonne = Tablette.“*

5. **Abschluss-Teach-Back:**



„Was erzählen Sie Ihrer Familie heute Abend, wenn Sie fragen, wie Sie die Tabletten einnehmen?“

6. **Mitgabe**: Visualisierter Medikationsplan mit Symbolen, Einnahmezeit klar markieren.

Materialien:

- Visualisierter Medikationsplan
- Piktogramme für Tageszeiten (z. B. Sonne = morgens)

Personenfotos: Designed by Freepik.

6.3. Patient mit leicht kognitiver Beeinträchtigung

Situation

Herr Karam, 29 Jahre, lebt im betreuten Wohnen und arbeitet in einer Werkstatt. Er hat eine leichte Intelligenzminderung. Heute findet das Aufklärungsgespräch zu seiner geplanten Leistenbruch-OP statt. Sein Bruder begleitet ihn, hält sich aber zurück, um seine Selbstständigkeit zu fördern.

Beobachtung / Dialog

Die Ärztin erklärt den Ablauf kurz und in Fachsprache. Herr Karam ist aufgeregt, wechselt häufig die Themen und bringt immer wieder sein Lieblingsthema Fußball ein.



„Am OP-Tag kommen Sie bitte um 7 Uhr nüchtern. Dann bekommen Sie die Narkose und wir operieren den Bruch."

„Narkose...ja. Ich war gestern im Stadion! Tolles Spiel! Kennen Sie den Stürmer...?"





„Schön. Also, nüchtern heißt nichts essen oder trinken ab Mitternacht."

„Ich esse gern Pfannkuchen. Gibt es hier Pfannkuchen?"





„Das weiß ich nicht. Bitte konzentrieren Sie sich. Nach der OP bleiben Sie zwei Stunden zur Überwachung."

„Kann ich mein Trikot mitnehmen? Ich will das allen zeigen! Die Mannschaft hat darauf unterschrieben."



„Er ist aufgeregt und wechselt dann immer schnell das Thema."



Hier wird deutlich: Herr Karam erhält keine klare Struktur und schweift thematisch ab. Die Ärztin bleibt sachlich, ohne auf die Emotionen oder Bedürfnisse einzugehen. Herr Karam‘s Themenwechsel werden nicht wertschätzend aufgegriffen, sondern abgebrochen.
Dadurch versickern die zentralen Informationen.

Personenfotos: Designed by Freepik.

Kernherausforderung

Wie kann trotz Aufregung und Themenwechseln eine klare Struktur geschaffen werden, sodass Herr Karam die wesentlichen Informationen sicher versteht?
Wie können Themensprünge wertschätzend aufgefangen werden, ohne dass die Gesprächsführung verloren geht?

Leitfragen

- Wie bleibe ich zugewandt, ohne den Faden zu verlieren?
- Wie sichere ich das Verständnis am Ende zuverlässig ab?

Wichtige Punkte im Umgang mit Patient*innen mit kognitiver Beeinträchtigung

Konzentration durch Struktur schaffen: Gespräche in überschaubare Abschnitte gliedern

WWSZ-Techniken nutzen: Warten – Wiederholen – Spiegeln – Zusammenfassen

Emotionale Themen wertschätzend aufgreifen, dann sanft zum Thema zurückführen

Visualisierungen einsetzen: Ablaufpläne mit einfachen Symbolen (z. B. Uhr, Teller mit Kreuz, OP-Bett, Haus)

Kernaussagen in Einfacher Sprache **mehrfach** wiederholen

Verständnissicherung mit Mini-Teach-Back: z. B. „Was erzählen Sie später Ihren Mitbewohnern?“

Beziehungsebene stärken: Interessen (z. B. Trikot) gezielt einbeziehen, ohne den Fokus zu verlieren

Empfohlenes Vorgehen - WWSZ-Techniken:

1. **Warten:** Bewusste Pause nach dem Themenwechsel



(kurze Pause) *„Ich sehe, das Spiel war wichtig für Sie.“*

2. **Wiederholen**



„Heute geht es aber um Ihre Operation.“

3. **Spiegeln** (Emotionen aufnehmen)



„Sie sind anscheinend sehr aufgeregt, das ist ganz normal vor so einem Termin. Können Sie mir sagen, was genau Sie so aufregt?“

4. **Zusammenfassen**



„Wichtig ist: Erstens: Sie müssen morgen um 7 Uhr hier sein, zweitens: ab Mitternacht dürfen Sie nichts mehr essen oder trinken, drittens: nach der Operation werden Sie zwei Stunden überwacht und viertens: Wenn Sie entlassen werden, kommt ihr Bruder Sie abholen.“

Personenfotos: Designed by Freepik.

5. **Abschluss-Check** (Mini-Teach-Back)



„Wenn Sie später zu Hause gefragt werden, was wir besprochen haben, was erzählen Sie Ihren Mitbewohnern. Können Sie mir die vier Punkte zeigen?“

Patient zeigt auf die Visualisierung: Uhr – Teller mit Kreuz – Bett – Haus in der richtigen Reihenfolge.

Materialien:

- Ablaufplan mit Piktogrammen (Uhr 7:00, Teller mit Kreuz, OP-Symbol, Bett, Haus)
- Optional: Erlaubnis, das Trikot mitzubringen („Gute Idee – fürs Warten nach der OP.“) → stärkt die Beziehung, ohne den Fokus zu verlieren

Personenfotos: Designed by Freepik.

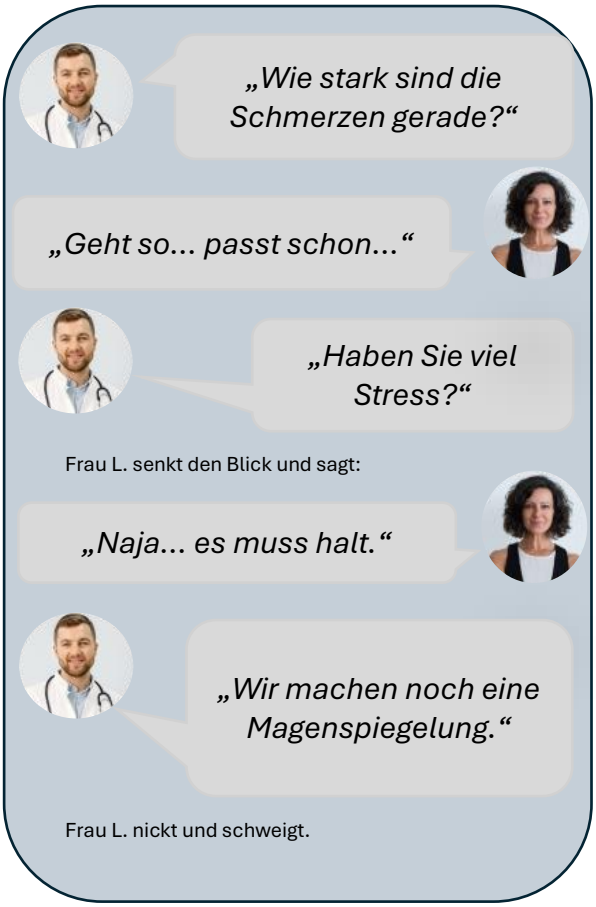
6.4. Patientin mit psychosozialem Stress

Situation

Frau Lehmann, 44 Jahre, wird wegen wiederkehrender Oberbauchbeschwerden stationär aufgenommen. Medizinische Befunde sind bisher unauffällig. Sie berichtet über Übelkeit, Schlafmangel und ständige Müdigkeit. Emotional und körperlich belastet sie die Pflege ihrer 14-jährigen Tochter mit schwerer Mehrfachbehinderung, für die sie fast allein verantwortlich ist.

Beobachtung / Dialog

Der Arzt konzentriert sich ausschließlich auf die körperlichen Beschwerden und übersieht die psychosoziale Belastung.



Hier wird deutlich: Die Ärztin ignoriert die emotionale Ebene. Frau Lehmann „funktioniert“ äußerlich, äußert ihre Überlastung aber nicht. Die psychosoziale Situation bleibt unerkannt, wichtige Ressourcen und Unterstützungsbedarfe werden nicht angesprochen.

Kernherausforderung

Wie können Emotionen respektvoll benannt und anerkannt werden?

Wie kann die psychosoziale Belastung sichtbar gemacht werden, ohne die Patientin zu überfordern oder zu stigmatisieren?

Leitfragen

- Wie benenne ich wahrgenommene Emotionen?
- Wie zeige ich Verständnis und Respekt?
- Wie kann ich Unterstützung anbieten und Belastungen explorieren?

Wichtige Punkte im Umgang mit Patient*innen mit hoher psychosozialer Belastung

Emotionen aktiv ansprechen und benennen: nicht nur körperliche Symptome fokussieren.

Personenfotos: Designed by Freepik.

NURSE-Modell nutzen: Emotionen erkennen und einfühlsam reagieren (Name, Understand, Respect, Support, Explore)

Keine „Diagnose“ der Belastung, sondern behutsames, respektvolles Nachfragen

Gesprächsrahmen schaffen, in dem Schweigen oder Tränen erlaubt sind

Wertschätzung ausdrücken für bisherige Leistungen der Patientinnen

Unterstützung aktiv anbieten, z. B. durch Sozialdienst oder Beratungsstellen

Flexibilität bewahren: NURSE-Schritte situativ anwenden, nicht schematisch

Empfohlenes Vorgehen - NURSE-Modell:

3. **Name** (Emotion benennen)



„Ich sehe, dass Sie sehr angespannt wirken.“

4. **Understand** (Verständnis zeigen)



„Das ist gut nachvollziehbar, Sie tragen sehr viel Verantwortung.“

5. **Respekt** (Respekt ausdrücken)



„Ich habe großen Respekt davor, was Sie täglich leisten.“

1. **Support** (Unterstützung anbieten)



„Wir lassen Sie damit nicht allein. Wir schauen, was Sie medizinisch brauchen und welche Entlastung wir organisieren können.“

2. **Explore** (Belastung erkunden)



„Was ist im Moment am schwersten für Sie? Was würde Ihnen am meisten helfen?“

Materialien:

- Gesprächsleitfaden mit NURSE-Schritten
- Flyer/Übersicht Sozialdienst, psychosomatische Beratungsstellen

Personenfotos: Designed by Freepik.

6.5. Patientin mit Deutsch als Zweitsprache

Situation

Frau López, 38 Jahre, kommt in die kardiologische Ambulanz wegen belastungsabhängiger Brustschmerzen. Sie lebt seit fünf Jahren in Deutschland, ihre Deutschkenntnisse sind begrenzt.

Beobachtung / Dialog

Der Arzt benutzt viele Fachwörter und erklärt den Ablauf nur knapp. Frau López wirkt verunsichert.



„Wir machen jetzt ein Belastungs-EKG. Wenn es Auffälligkeiten gibt, bräuchten wir eventuell eine Koronarangiographie.“

Frau L. nickt zögerlich.

„Ja…“



„Fahrrad?“





„Genau, Sie fahren auf einem Fahrradergometer, wir messen Ihr EKG.“

„Operation?“





„Nur wenn das EKG auffällig ist, das klären wir später.“

Frau L. wirkt unsicher, stellt keine weiteren Fragen und nickt nur.



Hier wird deutlich: Der Arzt nutzt viele Fachbegriffe. Frau López versteht die Untersuchung nicht.

Kernherausforderung

Wie kann eine Untersuchung ohne Fachwörter erklärt werden?

Wie lässt sich das Verständnis sichern?

Leitfragen

- Wie nutze ich Einfache Sprache im Gespräch?
- Wie prüfe ich das Verständnis?
- Welche Visualisierungen können zusätzlich helfen?

Personenfotos: Designed by Freepik.

Wichtige Punkte im Umgang mit Patient*innen mit begrenzten Deutschkenntnissen

Einfache Sprache verwenden: kurze, klare Sätze, kein Konjunktiv, keine Fachbegriffe

Aktive Satzstellung: Subjekt – Prädikat – Objekt („Wir machen den Test. Sie fahren Fahrrad.“)

Fachwörter vermeiden oder sofort erklären in alltagstauglichen Bildern

Visualisierungen nutzen: z. B. Symbole für Herz, Fahrrad, Untersuchung

Verständnissicherung durch Mini-Teach-Back, z. B. „Was erzählen Sie Ihrer Familie über den Test?“

Nicht nur Nicken werten, sondern gezielt Rückfragen ermöglichen

Bei Bedarf: professionelle Dolmetscher*innen einbinden, keine improvisierten Übersetzungen durch Angehörige

Infoblätter in Einfacher Sprache bereitstellen, ggf. mit Piktogrammen

Empfohlenes Vorgehen - Einfache Sprache:

1. **Kurze, klare Sätze**



„Wir machen heute einen Herz-Test. Sie fahren dafür ein paar Minuten Fahrrad. Wir schauen, wie Ihr Herz arbeitet.“

2. **Fachwörter vermeiden oder erklären**



„Wenn der Test zeigt, dass etwas nicht stimmt, müssen wir genauer schauen. Dann machen wir eine weitere Untersuchung. Dafür nutzen wir einen dünnen Schlauch, der in die Blutbahn eingeführt wird. Damit sehen wir Ihr Herz genau.“

3. **Einfache Satzstellung** – Subjekt – Prädikat – Objekt:



„Wir machen den Test. Sie fahren Fahrrad. Wir messen Ihr Herz.“

4. **Aktive Sprache**



„Wir informieren Sie, sobald die Ergebnisse da sind.“

5. **Verzicht auf Konjunktiv**



„Sie sollen morgen nüchtern kommen.“

Statt: „Es wäre gut, wenn…“

Personenfotos: Designed by Freepik.

6. **Visualisierung:**

   Einsatz von Bildkarten: z. B.

   Fahrrad-Symbol, Herz-Symbol.

7. **Mini-Teach-Back**



„Was erzählen Sie Ihrer Familie heute über den Test?“

„Ich fahre Fahrrad. Sie schauen mein Herz.“



Materialien:

- Bildkarten Herzdiagnostik
- Infoblatt in Einfacher Sprache (Ablauf in 4 Schritten mit Abbildungen)
- Organisation einer professionellen Sprachvermittlung

Personenfotos: Designed by Freepik.

7. Fazit

Inklusive Kommunikation bedeutet nicht, dass jedes Gespräch reibungslos verlaufen muss. Es geht vielmehr darum, Ihre Patient*innen ernst zu nehmen und ihnen Orientierung zu geben, gerade dann, wenn die Kommunikation schwierig erscheint. Schon kleine Schritte können dabei viel bewirken: eine Pause machen, verständlich sprechen, Blickkontakt halten.

Die in diesem Leitfaden vorgestellten Methoden, wie **Teach-Back**, die **WWSZ-Techniken**, das **NURSE-Modell** oder die Prinzipien **Einfacher Sprache**, sind Werkzeuge, die sich ohne großen Aufwand in den Alltag integrieren lassen. Sie helfen dabei, Missverständnisse zu vermeiden und Ihren Patient*innen das Gefühl zu geben: *Ich werde verstanden, ich bin beteiligt, ich bin wichtig*.

Besonders Menschen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen profitieren von klaren Strukturen, einfachen Worten und echtem Interesse. Für sie ist der Klinikalltag oft besonders belastend: viele fremde Abläufe, komplizierte Begriffe, wenig Orientierung. Inklusive Kommunikation kann hier Sicherheit und Vertrauen schaffen und ermöglicht es, Patient*innen aktiv einzubeziehen.
Doch nicht nur diese Zielgruppe profitiert. Auch für alle anderen Patient*innen ist eine klare, respektvolle Kommunikation hilfreich und sie erleichtert gleichzeitig den Alltag von Ihnen als medizinisches Personal. Denn wer verstanden wird, muss weniger nachfragen, hält Absprachen besser ein und bringt mehr Vertrauen in den Behandlungsprozess mit.
Inklusive Kommunikation ist damit kein „Extra“, das zusätzlich Zeit kostet, sondern eine Haltung, die den Arbeitsalltag einfacher und sicherer machen kann.
Am Ende geht es darum, dass sich Patient*innen gesehen, sicher und ernst genommen fühlen. Genau hier setzt inklusive Kommunikation an.

Take – Home – Messages

• **Perfektion ist nicht das Ziel**: Inklusive Kommunikation heißt nicht, dass jedes Gespräch reibungslos laufen muss. Es reicht, bewusst kleine Schritte zu gehen: eine Pause machen, verständlich sprechen, Blickkontakt halten.

• **Kleine Veränderungen – große Wirkung**: Mit Methoden wie Teach-Back, den WWSZ-Techniken, dem NURSE-Modell oder Einfacher Sprache können Sie sofort im Alltag beginnen. Diese Strategien brauchen keine aufwendige Vorbereitung, sondern lassen sich unkompliziert anwenden.

•**Sicherheit und Vertrauen entstehen durch Verständlichkeit**: Besonders Menschen mit kognitiven und/oder sprachlichen Beeinträchtigungen profitieren von klaren Strukturen, einfachen Worten und echtem Interesse. Aber auch alle anderen Patient*innen fühlen sich wohler, wenn sie verstehen, was passiert.

• **Inklusive Kommunikation entlastet beide Seiten**: Wer verstanden wird, muss weniger nachfragen, hält sich besser an Absprachen und bringt mehr Vertrauen in die Behandlung mit. Das erleichtert auch den Arbeitsalltag des medizinischen Personals.

• **Es beginnt mit kleinen Momenten**: Stellen Sie eine einfache Frage, erklären Sie einen Schritt in klaren Worten oder greifen Sie eine Emotion auf. Solche kurzen, bewussten Gesten können für Patient*innen den Unterschied machen zwischen Verunsicherung und Vertrauen.

8. Literatur

Allen, K. A. (2023). Jargon be gone – Patient preference in doctor communication. *Journal of Patient Experience, 10*(5), e367–e375. https://doi.org/10.1177/23743735231158942

Ärztekammer Nordrhein. (2015). *Kommunikation im medizinischen Alltag: Ein Leitfaden für die Praxis*. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein. https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/leitfaden-kommunikation-2015.pdf

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., Barley, G. E., Pea, R. D., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 55*(3), 164–177. https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164

Bredel, U., & Maaß, C. (2016). *Leichte Sprache: Theoretische Grundlagen*. Dudenverlag.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), § 630e – Aufklärungspflichten. (o. J.). In *Gesetze im Internet* (hrsg. vom Bundesministerium der Justiz). Abgerufen am 22. August 2025, von https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__630e.html

Childers, J. W., Bulls, H., & Arnold, R. (2023). Beyond the NURSE acronym: The functions of empathy in serious illness conversations. *Journal of Pain and Symptom Management, 65*(4), e375–e379. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.11.029

Degener, T., & Diehl, E. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Behindertenrechtskonvention: Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe* (Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Band 1506). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. ISBN 978-3-8389-0506-8

Deutsches Institut für Normung (DIN). (2016). *DIN SPEC 33429:2016-02 – Leichte Sprache*. Berlin: DIN. https://www.din.de/resource/blob/901382/6abb95434c717f0b168af958748c80bd/din-spec-33429-leichte-sprache-fassung-data.pdf

Dinius, J., Philipp, R., Ernstmann, N., Heier, L., Göritz, A. S., Pfisterer-Heise, S., & Körner, M. (2020). Interprofessional teamwork and its association with patient safety in German hospitals: A cross-sectional study. *PLOS ONE, 15*(5), e0233766. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233766

Gesetz über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG). (2002, zuletzt geändert am 19. Juni 2021). *Bundesgesetzblatt I, 1467*. Abgerufen am 22. August 2025, von https://www.gesetze-im-internet.de/bgg/__4.html

Grönberg, A., Henriksson, I., Stenman, M., & Lindgren, A. (2022). Incidence of aphasia in ischemic stroke. *Neuroepidemiology, 56*(3), 174–182. https://doi.org/10.1159/000524206

Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the Teach-Back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 14*(1), 210–247. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). (2021). *Entscheidungsfindung und ärztliche Dokumentation – Abschlussbericht*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Abschlussbericht_IMPP_final.pdf

Langewitz, W., Denz, M., Neuwirth, H., Wörz, R., & Badura, F. (2002). Spontaneous talking time at the start of consultation in outpatient clinics: Cohort study. *BMJ, 325*(7366), 682–683. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.682

Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Rüttimann, S., & Wössmer, B. (1998). Improving communication skills: A randomized controlled behaviourally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(4), 397–408. https://doi.org/10.1097/00006842-199805000-00009

Rink, I., & Maaß, C. (2022). Verständlichkeit und Gesundheitskompetenz im Spektrum zwischen Leichter und Einfacher Sprache. In K. Hurrelmann, B. Schaeffer, & S. Bauer (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz* (Living Reference Work Entry). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_146-1

Netzwerk Leichte Sprache e. V. (2022). *Regelwerk Leichte Sprache: Neuauflage 2022*. https://www.netzwerk-leichte-sprache.de/fileadmin/content/documents/regeln/Regelwerk_NLS_Neuauflage-2022.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2012, zuletzt aktualisiert am 17. Juni 2021). *Patient experience in adult NHS services: Improving the experience of care for people using adult NHS services (Clinical guideline CG138)*. London: NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/cg138

Sayfi, S., Charide, R., Elliott, S. A., Hartling, L., Munan, M., Stallwood, L., Butcher, N. J., Richards, D. P., Mathew, J. L., Suvada, J., Akl, E. A., Kredo, T., Mbuagbaw, L., Motilall, A., Baba, A., Scott, S. D., Falavigna, M., Klugar, M., Friessová, T., Pottie, K. (2024). A multimethods randomized trial found that plain language versions improved adults' understanding of health recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology, 165*, 111219. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2023.11.009

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients* (3rd ed.). Abingdon, UK: Radcliffe Publishing.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024). Zum Jahresende 2023 lebten in Deutschland rund 7,9 Millionen Menschen mit schwerer Behinderung [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_281_227.html

Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back improves understanding and adherence in healthcare: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 103*(5), 933–941.

Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (2017). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (12. Aufl.). Bern: Hans Huber.

9. Materialien

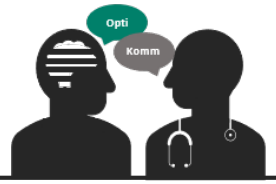
Im Folgenden finden Sie ergänzende Materialien, die Sie bei der Umsetzung einer inklusiveren Kommunikation im Arbeitsalltag unterstützen. Sie können die Dokumente direkt im Anhang dieses Leitfadens nachlesen oder über den QR-Code bequem mit dem Smartphone abrufen.

Material	Beschreibung	QR-Code
Merkblatt Umgangsstrategien	Kurze Tipps für eine respektvolle und wertschätzende Gesprächsführung im medizinischen Alltag.	
Merkblatt Kommunikationsstrategien	Überblick über zentrale Methoden wie z. B. Teach-Back oder WWSZ zur besseren Strukturierung von Gesprächen.	

Merkblatt Kommunikationsstrategien mit Hilfsmitteln	Übersicht zu Kommunikationsstrategien, mit Nutzung von Hilfsmaterialien	
Merkblatt Einfache Sprache	Übersicht mit den wichtigsten Regeln für leicht verständliche Sprache.	
Gesprächsleitfaden	Strukturierte Unterstützung für die Planung und Durchführung inklusiver Gespräche.	

UNIVERSITÄT BIELEFELD
Medizinische Fakultät OWL

Umgangsstrategien



✓ Nach Kommunikationsbedürfnissen fragen

Bedeutung: Erfragen Sie, welche Informationen und Unterstützung Ihre Patient*innen benötigen.

Beispiel: *„Soll ich im Gespräch mit Ihnen etwas Besonderes beachten?“*

✓ Zeitgrenzen und Themen setzen

Bedeutung: Nennen Sie die verfügbare Gesprächszeit und legen Sie den Fokus auf ein spezifisches Thema.

Beispiel: *„Wir haben 10 Minuten, um über die Schmerztherapie wegen Ihres Bandscheibenvorfalls zu sprechen.“*

✓ Einbezug Dritter

Bedeutung: Falls Ihre Patient*innen möchten, ziehen Sie gerne ihre Angehörigen oder andere Bezugspersonen in die Gespräche mit ein. Dritte können eine wichtige Unterstützung für beide Seiten darstellen.

Beispiel: *„Soll Ihre Mutter am Gespräch teilnehmen?“*

✓ Shared decision-making (Gemeinsame Entscheidungsfindung)

Bedeutung: Arbeiten Sie gemeinsam mit Ihren Patient*innen an wichtigen Entscheidungen, indem Sie ihre Meinungen, Werte und Präferenzen aktiv einbeziehen.

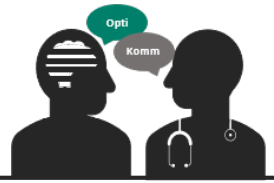
Beispiel: *„Möchten Sie die konservative Therapie oder die Operation in Betracht ziehen?“*

Meine Notizen:

Erstellt von Kristina Ottersbach, Larissa Kühnel, Rebecca Lätzsch, Ivonne Wattenberg-Karapinar, unter einer CC BY-NC-SA 4.0 International Lizenz. Ausgenommen von der Lizenz sind die verwendeten Wort- und Bildmarken.

UNIVERSITÄT BIELEFELD
Medizinische Fakultät OWL

Kommunikationsstrategien I



✓ NURSE-Modell

N (Name the emotion):
- Sprechen Sie die von Ihnen wahrgenommene Emotion des*der Patient*in an.
  „Ich merke, dass Sie gerade sehr aufgebracht sind und dass Sie sich gerade sehr ärgern oder wütend sind …“

U (Understanding):
- Hören Sie aktiv zu und zeigen Sie Verständnis für die geäußerte Emotion.
  *„Es ist völlig nachvollziehbar, dass Sie das jetzt aus der Ruhe bringt, viele Patient*innen reagieren so, wenn sie das erfahren.“*

R (Respect):
- Zeigen Sie Respekt für die Situation und die Reaktion der Patient*innen.
  „Sie müssen gerade einiges durchstehen, das erfordert viel Stärke von Ihnen.“

S (Support):
- Bieten Sie Ihren Patient*innen emotionale und praktische Unterstützung an.
  „Ich bin hier, um Sie zu unterstützen und gemeinsam mit Ihnen eine Lösung zu finden.“

E (Exploring):
- Erkundigen Sie sich nach weiteren Auslösern oder Hintergründen der Emotion.
  „Was ist besonders schlimm für Sie?“

✓ Teach-Back-Methode

1. Erklären – klar, knapp, verständlich
- Erklären Sie den Patient*innen **einfach und strukturiert** den jeweiligen Sachverhalt– zu viele Infos überfordern.
- **Leitfragen:** Was *muss* der*die Patient*in wissen? Was darf auf keinen Fall fehlen?
- **Tipp:** Fragen Sie zuerst die Patient*innen was sie bereits zum Thema wissen.

2. Nachfragen – ohne zu prüfen
- Lassen Sie die Patient*innen das Besprochene **in eigenen Worten** wiedergeben und überprüfen Sie so, ob die Information **verstanden wurde.**
- Vermeiden Sie, dass es wie eine Überprüfung klingt.
- **Beispiele für Nachfragen:** „Was würden Sie heute Ihrer Familie erzählen, was wir jetzt als nächstes machen?“

3. Feedback geben – Missverständnisse klären
- Stimmt die Wiedergabe? → Bestätigen!
- Ist noch nicht alles richtig oder lückenhaft? → **Geduldig und klar** korrigieren oder ergänzen.

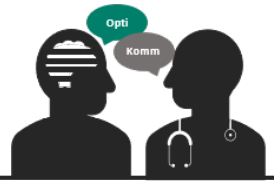
Meine Notizen:

Meine Notizen:

Erstellt von Kristina Ottersbach, Larissa Kühnel, Rebecca Lätzsch, Ivonne Wattenberg-Karapinar, unter einer CC BY-NC-SA 4.0 International Lizenz. Ausgenommen von der Lizenz sind die verwendeten Wort- und Bildmarken.

UNIVERSITÄT BIELEFELD
Medizinische Fakultät OWL

Kommunikationsstrategien II



✓ WWSZ- Technik

1. Warten – Raum geben
- nach einer Aussage 2–3 Sekunden Pause lassen→ gibt Patient*innen Zeit zum Nachdenken und Nachfragen.
- In der Pause: freundlicher Augenkontakt, um Präsenz zu signalisieren.

2. Wiederholen – Verständnis zeigen
- Wiederholen, was der*die Patient*in gesagt hat, um sie/ ihn zum weitersprechen zu animieren → besonders hilfreich, wenn Patient*innen ins Stocken geraten.
- **Beispiel:** *„Sie meinten gerade, dass Sie Herzschmerzen haben?“*

3. Spiegeln – Emotionen benennen
- Greifen Sie gezielt Gehörtes oder Wahrgenommes (Emotionen) von Patient*innen auf, ohne zu interpretieren und zeigen Sie Verständnis.
- **Beispiel:** „Und nun machen Sie sich Sorgen, dass Sie etwas Schlimmes haben könnten?“... „Das kann ich gut verstehen“.

4. Zusammenfassen – Klarheit schaffen
- Fassen Sie wichtige Punkte am Ende des Gesprächs strukturiert zusammen → Wurden die Äußerungen der Patient*innen richtig verstanden?
- Hilft, Missverständnisse zu vermeiden.
- **Beispiel:** *„Wenn ich Sie richtig verstanden habe, machen Ihnen Ihre Erkrankung und die damit einhergehende Ungewissheit große Sorgen.“*

✓ Entscheidungsfragen

- **Entscheidungsfragen** sind **Ja/Nein-Fragen** →besonders nützlich, um klare und direkte Antworten oder präzise und schnelle Entscheidungen im Dialog mit Ihren Patient*innen zu fördern.
- Zum Teil hilfreich, die **Antwortmöglichkeit zu erweitern** → um die Kategorien „Vielleicht“, „Weiß nicht“ oder „Ich bin unsicher“.
- **Beispiel:** Statt *„Welche Behandlungsoption wäre Ihnen lieber?“* können Sie fragen: *„Möchten Sie die Behandlung mit Medikamenten?“*

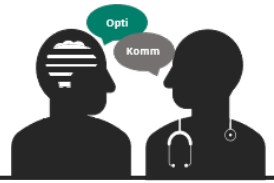
Meine Notizen:

Erstellt von Kristina Ottersbach, Larissa Kühnel, Rebecca Lätzsch, Ivonne Wattenberg-Karapinar, unter einer CC BY-NC-SA 4.0 International Lizenz. Ausgenommen von der Lizenz sind die verwendeten Wort- und Bildmarken.

UNIVERSITÄT BIELEFELD
Medizinische Fakultät OWL

Kommunikationsstrategien

- **mit** Hilfsmitteln -



✓ Unterstützte Kommunikation

- **Bedeutung:** Verwenden Sie Kommunikationshilfen wie Bilder, Schriftkarten oder Apps, um die Verständigung zu erleichtern.
- **Beispiel:** *„Auf dieser Seite sehen Sie Bilder von unterschiedlichen Symptomen bzw. Beschwerden. Bitte zeigen Sie mir Ihre Beschwerden.“*
- **Materialien:** Bildkarten, Kommunikationsmappe, Tablet etc.

✓ Schlüsselwortstrategie

- **Bedeutung:** Schreiben Sie während des Sprechens die Schlüsselwörter Ihrer Aussage auf. Beschränken Sie sich bestenfalls auf Nomen und Verben.
- **Beispiel:** *„Möchten an der Bettkante oder am Waschbecken gewaschen werden?“*
- Waschen?
  - O Bettkante
  - O Waschbecken
- **Materialien:** Papier und Stift

✓ Zeichnen

- **Bedeutung:** Nutzen Sie visuelle Hilfsmittel, um komplexe Informationen zu verdeutlichen.
- **Beispiel:** *„Zeichnen Sie ein einfaches Schaubild, um einen chirurgischen Eingriff zu erklären. Oder lassen Sie Ihre Patient*innen etwas zeichnen, wenn sie die Gedanken mündlich nicht ausdrücken können.“*
- **Materialien:** Papier und Stift

Meine Notizen:

Erstellt von Larissa Kühnel, Kristina Ottersbach, Rebecca Lätzsch, Ivonne Wattenberg-Karapinar, unter einer CC BY-NC-SA 4.0 International Lizenz. Ausgenommen von der Lizenz sind die verwendeten Wort- und Bildmarken.

UNIVERSITÄT BIELEFELD
Medizinische Fakultät OWL



Merkblatt: Einfache Sprache

Was ist Einfache Sprache?

Einfache Sprache vermittelt Informationen so einfach und verständlich wie möglich.
In Deutschland verstehen rund 95 % der Menschen Einfache Sprache.
5 % benötigen Texte und Gespräche in Leichter Sprache.

Gerade im medizinischen Kontext hilft Einfache Sprache vielen Menschen – z. B.:

- Personen mit kognitiven Einschränkungen
- Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Lese-/Rechtschreibschwäche
- Menschen mit Hirnschädigungen
- Personen mit geringen Deutschkenntnissen

Grundsätze der Einfachen Sprache

1. Kurze Sätze (max. 15–20 Wörter, bei stärkerer Beeinträchtigung bis zu 7 Wörter)

☒ „Es wäre sinnvoll, wenn Sie täglich jeweils morgens und abends nach dem Frühstück und Abendessen eine Tablette einnehmen würden, da dies die Wirksamkeit erhöht."
☑ „Bitte nehmen Sie morgens und abends je eine Tablette mit Wasser ein."

2. Überflüssige Informationen vermeiden

☒ „Um möglichst exakte Werte zu erhalten, bitte ich Sie, am Tag der Untersuchung nichts zu essen und zu trinken."
☑ „Bitte essen und trinken Sie nichts vor der Blutuntersuchung."

3. Fachbegriffe vermeiden oder erklären

☒ „Wir kontrollieren Ihr Herz mit einem EKG."
☑ „Wir müssen Ihren Herzschlag überprüfen. Dafür machen wir eine Untersuchung. Die heißt EKG."

4. Keine Metaphern oder Sprichwörter

☒ „Ihre Blutwerte sind im grünen Bereich."
☑ „Ihre Blutwerte sind gut."

5. Aktive Sprache statt Passive Sprache

☒ „Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden Sie informiert."
☑ „Wir informieren Sie, sobald die Ergebnisse vorliegen."

Tipp: Sprechen Sie langsam, machen Sie Pausen und geben Sie Raum für Nachfragen.

Erstellt von Kristina Ottersbach, Rebecca Lätzsch, Larissa Kühnel, Ivonne Wattenberg-Karapinar im Rahmen des Forschungsprojektes „OptiKomm", unter einer CC BY-NC-SA 4.0 International Lizenz. Ausgenommen von der Lizenz sind die verwendeten Wort- und Bildmarken.

UNIVERSITÄT BIELEFELD
Medizinische Fakultät OWL



Gesprächsleitfaden

Für einige Patient*innen kann eine **visuelle Aufbereitung** eines Gesprächsablaufs hilfreich sein. Dieser **Gesprächsleitfaden** kann Patient*innen als **Orientierungshilfe** dienen:

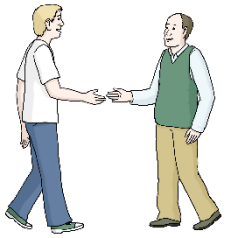
- Legen Sie den Leitfaden gut sichtbar für die Patient*innen auf den Tisch.
- Nutzen Sie z. B. einen Stift, um den Patient*innen kenntlich zu machen, bei welchem Gesprächsabschnitt Sie sich befinden.
- Je nach den Bedürfnissen des*der Patient*in können Sie parallel kommentieren, bei welchem Abschnitt Sie gerade sind.

Darüber hinaus kann es hilfreich sein, zu Beginn den ungefähren Zeitrahmen des Gesprächs zu nennen.

Wir empfehlen das Laminieren des Gesprächsleitfadens für eine nachhaltige und hygienische Nutzung.

Viel Erfolg bei der Anwendung des Leitfadens!

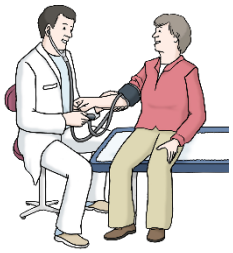
Erstellt von Larissa Kühnel, Kristina Ottersbach, Rebecca Lätzsch, Ivonne Wattenberg-Karapinar im Rahmen des Forschungsprojektes „OptiKomm“, unter einer CC BY-NC-SA 4.0 International Lizenz. Ausgenommen von der Lizenz sind die verwendeten Wort- und Bildmarken.



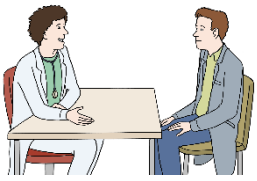
Begrüßung



Warum sind Sie hier?



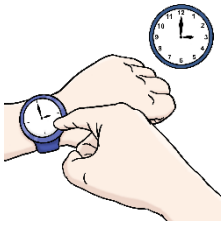
Untersuchung



Wir besprechen, wie es weitergeht.



Haben Sie noch Fragen?



Das Gespräch ist zu Ende.

Bilder: © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V.,
Illustrator Stefan Albers