

ClinicalOS – Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 8

Professionelle Patientenkommunikation

Gesprächsführung · Beziehung · Aufklärung · Konflikt · Team · Patientensicherheit



Strategien für Vertrauen, Empathie und Effizienz im Gesundheitswesen

Anliegen hören — Bedeutung klären — Entscheidung teilen — Verlauf sichern
Hear the concern — Clarify the meaning — Share the decision — Secure the follow-up

Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 8: Professionelle Patientenkommunikation

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar.

Hinweis: Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Da sich KI-Werkzeuge und regulatorische Rahmenbedingungen schnell ändern, können einzelne Angaben zum Zeitpunkt der Lektüre bereits überholt sein. Aktuelle Ergänzungen finden Sie unter <https://clinicalos.de/>. Die Nennung von Produkten und Herstellern erfolgt ohne Gewähr und stellt keine Kauf- oder Anwendungsempfehlung dar.

Stand: Juni 2026

Hinweis zu Inhalt, Nutzung und Verantwortlichkeit

Die ClinicalOS-Manualserie entstand mit dem Ziel, praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzten, Fortbildungsassistenten Allgemeinmedizin, medizinischen Fachangestellten und Medizinstudierenden, ein strukturiertes, praxisnahes Lern- und Referenzwerk bereitzustellen. Die Inhalte wurden auf Basis aktueller medizinischer Fachliteratur, leitlinienbasierter Quellen und hausärztlicher Praxiserfahrung erarbeitet.

Bei der Erstellung wurden digitale Werkzeuge einschließlich KI-gestützter Textgenerierung eingesetzt. Sämtliche Inhalte wurden anschließend durch den Autor auf fachliche Korrektheit, inhaltliche Konsistenz und mögliche Fehler geprüft. Trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht garantiert werden — weder hinsichtlich inhaltlicher Ungenauigkeiten noch hinsichtlich zwischenzeitlich aktualisierter Leitlinien oder Dosierungsempfehlungen.

Die Inhalte dieses Manuals ersetzen keine individuelle medizinische Beurteilung und sind nicht als verbindliche Behandlungsempfehlung zu verstehen. Jede Anwendung der hier dargestellten Informationen liegt in der alleinigen Verantwortung der Leserin oder des Lesers. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen stets am individuellen Patienten, unter Berücksichtigung der vollständigen klinischen Situation und auf Basis der jeweils gültigen Leitlinien getroffen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte gilt uneingeschränkt die **ärztliche Letztverantwortung**: Jede Übernahme von Inhalten aus diesem Manual — ob als Textbaustein, SOP oder Therapieempfehlung — setzt die eigenverantwortliche fachliche Prüfung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt voraus. KI-gestützte oder digital erstellte Inhalte können und dürfen das ärztliche Urteil nicht ersetzen.

Der Autor übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus der direkten oder indirekten Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen.

Dosierungsangaben gelten für Erwachsene ohne relevante Niereninsuffizienz. Bei älteren Patienten, Polypharmazie und in der Schwangerschaft sind individuelle Anpassungen erforderlich. Aktuelle Leitlinien (DEGAM, ESC, DGK, ADA, AWMF) sind vorrangig zu beachten.

Inhalte

Abschnitt	Inhalte
1. Kommunikationsarchitektur und Konsultationsstruktur	Kommunikationspipeline (Anliegen hören–Bedeutung klären–Entscheidung teilen–Verlauf sichern), 7-Phasen-Konsultation, ICE, SIFE, WWSZ, Türgriff-Phänomen, Kontaktförderer/-trenner
2. Kernwerkzeuge der Konsultation	Agenda Setting als Triage, aktives Zuhören/Gesprächslenkung, Ask-Tell-Ask, 7 Regeln verständlicher Sprache, Häufigkeitsformat
3. Aufklärung, Entscheidung und Verständnisprüfung	§ 630e BGB, 10-Punkte-Aufklärungs-Checkliste, Shared Decision Making, NNT/NNH, Teach-back-Pflichtindikationen
4. Safety-Net und Emotionsarbeit	Safety-Net-Formel (Wenn–dann–innerhalb), Watchful-Waiting-Kriterien, NURSE-Modell
5. Schwierige und kritische Gespräche	SPIKES, BAD-Formel, Deeskalations-Ampel, Grenzformel (CALM), Fehleroffenlegung, 6-Schritte-Beschwerdegespräch
6. Sprachbarrieren und Literalität	Dolmetscher-Workflow, LEO-Studie, HLCA-Studie, einfache vs. leichte Sprache
7. Interkulturelle Kommunikation und besondere Patientengruppen	Kulturkompetenz ohne Stereotyp, triadische Kommunikation, Einsichtsfähigkeit ab 14–16 J., Demenz-/Behinderungsstrategien
8. Onkologie, Palliativsituationen und heikle Themen	Zielbesprechung, Patientenverfügung, Sucht-/Gewalt-/Sexualitäts-Anamnese, Schamthemen normalisieren
9. Funktionelle Beschwerden und Risikokommunikation	Validierung ohne Dramatisierung, Dr.-Google-Strategie, MI-Prinzip, absolute Risikozahlen
10. Hochrisikosituationen und digitale Kommunikation	Suizidalität (S3-Leitlinie AWMF), Akuteinschätzung passiv-aktiv-konkret, Videosprechstunden-Eignung, Deprescribing-Framing
11. MFA-Telefon- und Empfangskommunikation	Telefontriage-Eskalationskriterien, Mikro-SBAR, Datenschutz am Tresen
12. Teamkommunikation und Resilienz	SBAR-Übergabe, Tages-Debriefing, CIRS-Fehlerkultur, Burnout-Risikofaktoren, Balint-Gruppe
13. Implementierung, Tools und Qualität	Patientenratgeber-Modul, Pocket-Karten, Prompt-Bibliothek, Lückenanalyse, Qualitätszirkel

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	4
Top-10-Kernpunkte: Band 8	6
TEIL I - Grundlagen der Kommunikationsarchitektur	7
Kapitel 1 — Kommunikationsarchitektur der Hausarztmedizin	7
Kapitel 2 — Die 7-Phasen-Konsultation	10
Kapitel 3 — Gespräch als diagnostisches Instrument	12
Kapitel 4 — Beziehung, Vertrauen und professionelle Haltung	14
TEIL II - Kernwerkzeuge der Konsultation	16
Kapitel 5 — Agenda Setting und Zeitsteuerung	16
Kapitel 6 — Aktives Zuhören, WWSZ und Gesprächslenkung	17
Kapitel 7 — Informationsvermittlung und einfache Sprache	18
Kapitel 8 — Aufklärung, Einwilligung und rechtliche Sicherheit	19
Kapitel 9 — Shared Decision Making und Risikokommunikation	20
Kapitel 10 — Teach-back und Verständnisprüfung	21
Kapitel 11 — Safety-Net-Kommunikation	22
Kapitel 12 — NURSE: Umgang mit Emotionen	23
Kapitel 13 — SPIKES: Schlechte Nachrichten	24
Kapitel 14 — Aggression, Eskalation und Grenzen	26
Kapitel 15 — Fehler-, Beschwerde- und Entschuldigungsgespräche	28
TEIL III - Barrieren und besondere Patientengruppen	29
Kapitel 16 — Sprachbarrieren und Dolmetschen	29
Kapitel 17 — Geringe Literalität, einfache und leichte Sprache	31
Kapitel 18 — Interkulturelle Kommunikation	32
Kapitel 19 — Kinder, Jugendliche und Eltern	33
Kapitel 20 — Demenz, Geriatrie und Angehörige	34
Kapitel 21 — Menschen mit Behinderung und kognitiven Einschränkungen	35
TEIL IV - Spezielle klinische Gesprächssituationen	36
Kapitel 22 — Onkologie und Palliativsituationen	36
Kapitel 23 — Heikle Themen: Sucht, Gewalt, Sexualität, Scham	37
Kapitel 24 — Funktionelle Beschwerden, Gesundheitsangst und Dr. Google	38
Kapitel 25 — Impfberatung und Risikokommunikation	39
Kapitel 26 — Psychische Krisen und Suizidalität	40
Kapitel 27 — Videosprechstunde und digitale Kommunikation	41
Kapitel 28 — Deprescribing- und Polypharmazie-Gespräche	42
TEIL V - Praxis-, MFA- und Teamkommunikation	43
Kapitel 29 — MFA-Telefon- und Empfangskommunikation	43
Kapitel 30 — Teamkommunikation, Übergaben und interne Sicherheit	45
Kapitel 31 — Teamresilienz und Burnout-Prävention	46
TEIL VI - Implementierung, Tools und Qualität	48
Kapitel 32 — Patientenratgeber-Modul	48
Kapitel 33 — Pocket-Tools und Prompt-Bibliothek	49
Kapitel 34 — Lückenanalyse und Qualitätsmodul	51
Annex A — Spezialthemen-Matrix	52
Annex B — Bibliographie und Quellenstatus	53
URL-Tabelle	53
QUICK REFERENCE	54

VORWORT

Band 8 ist Teil von ClinicalOS – Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin, einer mittlerweile elfteiligen Wissensbasis, die hausärztliches Entscheiden, Diagnostizieren, Behandeln, Kommunizieren und Organisieren systematisch und tabellenbasiert abbildet. Während Band 1 die Entscheidungsarchitektur und Band 4 das klinische Patientenmanagement bereitstellen, widmet sich Band 8 der Ebene, die beide Bände voraussetzen, aber nicht ausarbeiten: dem Gespräch selbst — dem Medium, durch das jede Diagnose, jede Therapieentscheidung und jedes Sicherheitsnetz den Patienten überhaupt erst erreicht.

Patientensicherheit entscheidet sich nicht nur in der richtigen Diagnose, sondern auch darin, ob der Patient sie versteht, ihr vertraut und danach handelt. Eine korrekte Aufklärung, die nicht verstanden wird, schützt rechtlich, aber nicht klinisch. Genau dieser Übersetzungsschritt — von der fachlichen Entscheidung zur tatsächlich wirksamen Verständigung — ist das Thema von Band 8.

Das Problem ist dabei nicht mangelndes kommunikatives Talent. Das eigentliche Problem ist, dass Gesprächsführung in der Ausbildung oft implizit bleibt: Aufklärung, Risikokommunikation, Deeskalation und der Umgang mit Sprachbarrieren werden selten als erlernbare, wiederholbare Verfahren vermittelt — bis ein Missverständnis zur Non-Adhärenz wird oder eine unzureichend dokumentierte Aufklärung zum Haftungsrisiko wird.

Band 8 des ClinicalOS beantwortet deshalb eine andere Frage als die übrigen klinischen Manuale der Reihe. Er fragt nicht primär: Welche Diagnose, welche Therapie ist richtig? Er fragt: „Ist das Gespräch so geführt, dass die richtige klinische Entscheidung beim Patienten ankommt, verstanden und mitgetragen wird?“

Damit ist dieser Band kein Knigge für ärztliche Umgangsformen. Kommunikation wird hier als klinisches Verfahren behandelt — mit Checklisten, Formeln und Algorithmen, die im Zeitdruck des Praxisalltags tatsächlich anwendbar sind.

Die Hausarztpraxis trägt für diese Arbeit besondere Verantwortung. Hier treffen Aufklärung, Risikokommunikation, Deeskalation, Sprachbarrieren und Teamübergaben im selben kurzen Zeitfenster zusammen — oft ohne die Rückfallebenen einer Klinik. Deshalb steht in diesem Band nicht die einzelne Gesprächstechnik im Zentrum, sondern das Zusammenspiel von Konsultationsstruktur, Aufklärungspflicht, Krisenkommunikation und Teamprozessen als Gesamtsystem.

Fünf Leitideen dieses Bands

1. Kommunikation ist ein erlernbares klinisches Verfahren, kein angeborenes Talent.
2. Aufklärung ist erst abgeschlossen, wenn der Patient das Gesagte in eigenen Worten wiedergeben kann.
3. Schwierige Nachrichten und Eskalationen brauchen eine Formel, nicht nur Erfahrung.
4. Sprachbarrieren und geringe Gesundheitsliterate sind der Normalfall, nicht die Ausnahme.
5. Gute Gesprächsführung zeigt sich an der erreichten Verständigung, nicht an der Gesprächsdauer.

Wie dieser Band benutzt werden soll

Die Kapitel 1–31 bilden das Hauptmanual. Kapitel 32–34 sowie die ergänzenden Tools (Patientenratgeber, Pocket-Karten, Prompt-Bibliothek, Lückenanalyse, Qualitätszirkel-Modul) liefern die Umsetzungs- und Trainingsbasis dazu.

Jedes Kapitel ist so aufgebaut, dass es am Montagmorgen im Praxisalltag direkt nutzbar ist.

Top-10-Kernpunkte: Band 8

#	Kernaussage + Praxisregel
1	AGENDA SETTING IST TRIAGE – Kein Gespräch ohne Agenda. Das wichtigste Anliegen ist selten das erste.
2	BEZIEHUNG IST ARBEITSGRUNDLAGE – Patienten berichten heikle Informationen nur im Vertrauen.
3	GESPRÄCH IST DIAGNOSTIK – Die Anamnese liefert 70–80 % der diagnostisch relevanten Information.
4	KEINE AUFKLÄRUNG OHNE TEACH-BACK – Eine Einwilligung ohne Verständnis ist rechtlich unwirksam.
5	SDM BEI PRÄFERENZSENSITIVEN FRAGEN – Evidenz + ärztliche Einschätzung + Patientenwerte = gemeinsamer Plan.
6	EMOTION VOR INFORMATION – NURSE vor Faktenflut. Patient im emotionalen Ausnahmezustand lernt nichts.
7	SCHLECHTE NACHRICHTEN NIE IMPROVISIEREN – SPIKES/BAD gibt Struktur, schützt Patient und Arzt.
8	SPRACHBARRIEREN SIND SICHERHEITSRISIKEN – Fehlendes Verständnis bei Aufklärung ist ein klinischer Fehler.
9	KONFLIKTE BRAUCHEN ZWEIERLEI – Erst Deeskalation (Anliegen hören), dann klare Grenze setzen.
10	KOMMUNIKATION IST TEAMPROZESS – MFA-Hinweise sind Sicherheitsinformationen. Teamresilienz schützt Patienten.

COMMUNICATION PEARL

Kommunikation ist in der Hausarztmedizin kein „weicher Faktor“ – sie ist ein klinischer Sicherheitsmechanismus.

TEIL I

Grundlagen der Kommunikationsarchitektur

Kapitel 1 — Kommunikationsarchitektur der Hausarztmedizin

Kommunikation als klinisches Sicherheits- und Entscheidungsinstrument

Die vier Funktionen professioneller Kommunikation

1. DIAGNOSTISCH – Anliegen, Kontext und Bedeutung hinter dem Symptom aufdecken
2. THERAPEUTISCH – Verständnis, Adhärenz und Selbstwirksamkeit fördern
3. SICHERHEITSRELEVANT – Red Flags kommunizieren, Safety-Net aktivieren, Eskalation steuern
4. BEZIEHUNGSSTIFTEND – Vertrauen als Voraussetzung für ehrliche Informationsweitergabe

Die hausärztliche Konsultation beginnt fast nie mit vollständiger Information. Sie beginnt mit einem Anliegen, einem Symptom, einer Sorge, einer Erwartung, einem Konflikt oder einem unausgesprochenen Thema. Die Qualität der Kommunikation entscheidet, ob die relevante Information sichtbar wird.

Band 8 übersetzt Kommunikation in eine klinische Architektur, die zur ClinicalOS-Logik aus Manual 1 anschlussfähig ist:

ClinicalOS (Manual 1)	Manual 8 – Kommunikationsformel
Exclude the dangerous	Anliegen hören
Treat the probable	Bedeutung klären
Observe the evolution	Entscheidung teilen
— (Safety-Net)	Verlauf sichern

1.1 Die Kommunikationspipeline






Phase	Ziel + Leitfrage
Öffnen	Ersten Kontakt herstellen. Was bringt den Patienten heute?
Agenda Setting	Alle Anliegen erfassen, priorisieren. Was muss heute sicher besprochen werden?
Anamnese + ICE	Symptom + Bedeutung hinter dem Symptom klären
Einordnung	Diagnose/Hypothese in Patientensprache übersetzen
Entscheidung (SDM)	Evidenz + ärztliche Einschätzung + Patientenwert = gemeinsamer Plan
Verständnisprüfung	Teach-back: hat der Patient das Richtige verstanden?
Safety-Net	Wann muss der Patient zurückkommen oder 112 rufen?

Abschluss	Zusammenfassung, Folgetermin, Dokumentation
-----------	---

COMMUNICATION PEARL

Ein Gespräch ist nicht dann erfolgreich, wenn der Arzt alles gesagt hat.
Es ist erfolgreich, wenn der Patient das Richtige verstanden hat und weiß, was als Nächstes zu tun ist.

KOMMUNIKATIONS-RED-FLAGS – Kapitel 1

-  Patient verlässt die Praxis ohne Antwort auf: Was habe ich? Was soll ich tun? Wann komme ich wieder?
-  Das wichtigste Anliegen wurde erst beim Türgriff genannt (Türgriff-Phänomen)
-  Keine Verständnisprüfung nach komplexer Aufklärung
-  MFA-Hinweise wurden nicht an den Arzt weitergegeben
-  Keine konkrete Safety-Net-Formulierung bei Unsicherheitsdiagnose

USE CASE 1 | Der verpasste Türgriff

Situation: 54-jähriger Patient kommt „wegen Rezept“. Nach 8 Minuten, beim Aufstehen: „Ach, und manchmal drückt es hier in der Brust.“

Fehler: Kein Agenda Setting. Das sicherheitsrelevante Anliegen kam zu spät.

Besser (Gesprächsöffnung): „Was möchten Sie heute alles klären – auch wenn wir nicht alles sofort lösen können?“

ClinicalOS-Lernpunkt: Agenda Setting ist Triage. Ohne Agenda kann Sicherheit verloren gehen.

PROMPT FÜR HAUSÄRZTE

Ich bin Hausarzt. Analysiere folgende Konsultation nach der Kommunikationspipeline:
[Fall / Gesprächssituation einfügen]

- Prüfe: 1. Anliegen vollständig erfasst? 2. Patientenbedeutung geklärt? 3. Verständlich erklärt?
4. Gemeinsame Entscheidung? 5. Verständnis geprüft? 6. Safety-Net formuliert?
7. Welche Kommunikations-Red-Flags bestehen?

QUICK REFERENCE

1. Kommunikation ist klinische Sicherheitsarchitektur – kein Soft Skill.
2. Jedes Gespräch: Anliegen hören → Bedeutung klären → Entscheidung teilen → Verlauf sichern.
3. Agenda Setting verhindert Türgriff-Fehler und dient der Triage.
4. ICE verhindert, am eigentlichen Patientenanliegen vorbeizusprechen.
5. Teach-back verhindert Scheinsicherheit nach Aufklärung.
6. Safety-Net übergibt Verlaufsverantwortung konkret und klar.
7. MFA-Hinweise sind Sicherheitsinformationen – nicht administrative Notizen.

→ → [Band 1 Kap. 1 Triple Anchor](#) · → [Band 1 Kap. 4 Red Flags](#) · → [Band 7 Praxisarchitektur](#) · → [Manual 8 Kap. 29 MFA-Triage](#)

Kapitel 2 — Die 7-Phasen-Konsultation

Struktur für die 7–12-Minuten-Sprechstunde

Warum Struktur Beziehung schützt

Unstrukturierte Gespräche wirken zunächst patientenzentriert, führen aber häufig zu:

- Zeitverlust durch nicht priorisierte Anliegen
- Türgriff-Themen am Gesprächsende
- Unvollständiger Aufklärung und fehlendem Safety-Net
- Abrupten, unbefriedigendem Abschluss

Gute Struktur ist nicht unpersönlich. Sie schafft Raum für Beziehung, weil sie Orientierung gibt.

2.1 Die 7 Phasen im Detail

Phase	Kerninhalt + Formulierungsbeispiel
1. Öffnen	Begrüßung, Augenkontakt, kurze Pause vor der ersten Frage. „Guten Tag, Frau X – wie geht es Ihnen heute?“
2. Agenda	„Was möchten Sie heute alles besprechen?“ – alle Anliegen sammeln, dann priorisieren.
3. Anamnese + ICE	Offene Frage, aktives Zuhören, WWSZ. ICE: Ideen, Concerns, Expectations.
4. Einordnung	Befund/Hypothese in verständlicher Sprache erklären. Analogien nutzen.
5. Entscheidung	SDM: Optionen nennen, Werte erfragen, gemeinsam entscheiden.
6. Safety-Net	„Wenn X passiert, tun Sie Y innerhalb von Z.“ Konkret, nicht diffus.
7. Abschluss	Zusammenfassung + Teach-back + Folgetermin. Freundlicher, klarer Abschluss.

2.2 Abschlussformel (kopierbar)

ABSCHLUSSFORMEL

„Ich fasse kurz zusammen:

Wir gehen aktuell von [Diagnose/Hypothese] aus.

Sie machen jetzt [konkreter Plan].

Wenn [konkretes Warnzeichen] passiert, melden Sie sich [konkrete Handlung].

Wir kontrollieren am [Datum].

Können Sie mir kurz sagen, wie Sie den Plan verstanden haben?“

COMMUNICATION PEARL

Der Anfang der Konsultation sortiert die Themen.

Der Abschluss sichert sie.

Kein Gespräch sollte ohne expliziten Abschluss enden.

▶ **RED FLAGS IM GESPRÄCHSABLAUF**

- ▶ Arzt unterbricht in den ersten 20 Sekunden (Literatur: Unterbrechung nach Ø 18 Sek.)
- ▶ Wichtiges Anliegen taucht erst beim Türgriff auf
- ▶ Konsultation endet ohne Plan oder Verständnisprüfung
- ▶ Zu viele Themen in einer Konsultation → keins vollständig abgeschlossen
- ▶ Patient sagt mehrmals „ja, ja“ ohne echtes Verständnis (Pseudokonsens)

USE CASE 2 | „Ich brauche nur schnell ein Rezept“

Patientin: „Ich brauche nur schnell ein Rezept.“

Im Gespräch zeigt sich: Sie nimmt das Medikament seit Monaten anders ein und hat Schwindel.

Kurzcheck (auch administrative Kontakte): „Hat sich bei den Medikamenten etwas verändert oder gab es Nebenwirkungen?“

Lernpunkt: Kein administrativer Kontakt ohne minimalen Sicherheitscheck.

QUICK REFERENCE

1. Jede Konsultation: Anfang (Agenda) → Mitte (Anamnese, Entscheidung) → Abschluss (Safety-Net).
2. Nicht unterbrechen, bevor der Patient das erste Anliegen vollständig geäußert hat.
3. Offene Fragen vor geschlossenen Fragen.
4. Entscheidung immer explizit machen – Patient nennt sie zurück.
5. Folgetermin ist besser als eine überfüllte Konsultation.

→ → [Kap. 5 Agenda Setting](#) · → [Kap. 10 Teach-back](#) · → [Kap. 11 Safety-Net](#) · → [Kap. 29 MFA-Triage](#)

Kapitel 3 — Gespräch als diagnostisches Instrument

Anamnese, ICE, SIFE und die Bedeutung hinter dem Symptom

■ Symptome haben vier Ebenen

1. Biomedizinisch: Was ist pathophysiologisch los?
2. Zeitlich: Akut, chronisch, rezidivierend, progredient?
3. Kontextuell: Was verändert das Symptom im Alltag des Patienten?
4. Bedeutungsebene: Was befürchtet der Patient? Was erwartet er? Was weiß er?
→ Wer nur Ebene 1 erhebt, verpasst die für Kommunikation und Adhärenz entscheidenden Ebenen 2–4.

3.1 ICE – Ideas, Concerns, Expectations

ICE-Element	Leitfrage + Beispielsatz
Ideas (Ideen)	Was denkt der Patient, was er hat? — „Was glauben Sie, woran das liegt?“
Concerns (Sorgen)	Was befürchtet er? — „Was macht Ihnen dabei am meisten Sorgen?“
Expectations	Was erhofft er sich von heute? — „Was wäre für Sie heute ein gutes Ergebnis?“

3.2 SIFE – bei komplexen/chronischen Situationen

SIFE-Element	Bedeutung
Symptom	Welches Symptom steht im Vordergrund?
Impact	Welchen Einfluss hat es auf den Alltag?
Feelings	Wie fühlt sich der Patient damit?
Expectations	Was möchte er heute klären oder erreichen?





3.3 WWSZ – aktives Zuhören

WWSZ	Technik
Wiederholen	Letzten Satz wörtlich wiederholen → Patient spricht weiter
Widerspiegeln	Emotion spiegeln: „Das klingt belastend.“
Zusammenfassen	„Wenn ich Sie richtig verstehe, dann ...“
Zuhören (aktiv)	Kurze Bestätiger: „Mmh“, „Ja“, Nicken, Pause aushalten

COMMUNICATION PEARL

Die Frage „Was befürchten Sie?“ verändert nicht immer die Diagnose – aber fast immer die notwendige Kommunikation.

DIAGNOSTISCHE KOMMUNIKATIONSFALLEN

-  Nur geschlossene Fragen stellen → Patient erzählt das Wirklich-Wichtige nicht
-  ICE auslassen → Therapieplan passt nicht zu dem, was den Patienten wirklich beschäftigt
-  Angst vorschnell beruhigen: „Da ist nichts“ ohne Erklärung ≠ Sicherheit
-  Zusammenfassung auslassen → Arzt und Patient haben unterschiedliche Problemvorstellungen

USE CASE 3 | Kopfschmerz und Hirntumorangst

Patient, 45 J., Spannungskopfschmerz-typisch. Kein neurologisches Defizit.

ICE-Frage: „Was befürchten Sie?“ → „Mein Vater starb an einem Hirntumor.“

Falsch: „Dafür gibt es keine Hinweise, machen Sie sich keine Sorgen.“

Besser: „Jetzt verstehe ich, warum Sie besonders beunruhigt sind. Ich erkläre, welche Zeichen für etwas Gefährliches sprechen würden – und was bei Ihnen dagegen spricht.“

Lernpunkt: Die Patientenangst ändert nicht die Diagnostik, aber sie ändert die Erklärung, die nötige Sicherheit und das Follow-up.

QUICK REFERENCE

1. Erst offen fragen, dann gezielt eingrenzen.
2. ICE gehört in fast jede relevante Erstvorstellung.
3. SIFE bei chronischen, funktionellen oder komplexen Beschwerden.
4. WWSZ-Zusammenfassen ist ein diagnostischer Kontrollpunkt, kein Zeitverlust.
5. Psychosoziale Erklärung nie vor Red-Flag-Check.

→ → [Band 1 Kap. 3 Anamnese](#) · → [Band 2 Rational Diagnostizieren](#) · → [Kap. 25 Funktionelle Beschwerden](#)

Kapitel 4 — Beziehung, Vertrauen und professionelle Haltung

Die therapeutische Arbeitsbeziehung als klinische Ressource

Vertrauen als Informationskanal

Patienten berichten heikle, peinliche oder bedrohliche Informationen nur, wenn sie sich respektiert und sicher fühlen.

Vertrauen beeinflusst direkt:

- Vollständigkeit der Anamnese
- Adhärenz (Therapietreue)
- Frühzeitiges Wiederkommen bei Warnsymptomen
- Offenlegung von Sucht, Gewalt, Scham und Suizidalität
- Bewältigung chronischer Erkrankungen

4.1 Kontaktförderer vs. Kontakttrenner

Kontaktförderer	Kontakttrenner
Augenkontakt herstellen	Auf Bildschirm starren während Patient spricht
Pause nach erster Frage aushalten	Sofort unterbrechen und umlenken
Anliegen explizit anerkennen	„Da ist nichts“ ohne Erklärung
Emotion benennen (NURSE)	Emotion ignorieren und Fakten häufen
Name des Patienten benutzen	Unpersönliche, generische Ansprache
Ehrlich sein, auch wenn unbequem	Ausweichen bei schwierigen Befunden
Grenzen erklären und Alternative bieten	Forderung ablehnen ohne Begründung

4.2 Professionelle Haltung: TIPPS FÜR DEN PRAXISALLTAG

PRAXIS PEARLS – Haltung & Sprache

- ✓ Schamthemen normalisieren: „Das fragen viele Patienten“ senkt die Hemmschwelle.
- ✓ Nie bewerten: „Daran sind Sie selbst schuld“ schließt den Patienten sofort.
- ✓ Forderungen entschärfen: Erst das Anliegen dahinter verstehen, dann antworten.
- ✓ Schweigen aushalten: 3–5 Sekunden Stille nach einer ICE-Frage sind produktiv.
- ✓ Nicht etikettieren: „Schwieriger Patient“ = schwierige Situation, nicht schwieriger Mensch.
- ✓ Kurze, ehrliche Fehleranerkennung stärkt Vertrauen mehr als Schweigen.
- ✓ Körperhaltung: auf gleicher Höhe sitzen, nicht über den Patienten gebeugt stehen.

COMMUNICATION PEARL

Wertschätzung heißt nicht Zustimmung.

Man kann den Patienten ernst nehmen und trotzdem medizinisch klar widersprechen.

HALTUNGS-RED-FLAGS

- ▶ „Schon wieder der Patient.“ → Etikettierung vor dem Gespräch
- ▶ „Das ist halt psychisch.“ → vorschneller Abschluss ohne Exploration
- ▶ „Der will nur ...“ → Motivationsunterstellung statt Nachfragen
- ▶ „Dafür habe ich jetzt keine Zeit.“ → Schließt Gespräch ab, bevor Anliegen klar
- ▶ Empathie fehlt bei offensichtlicher Belastung → Patientensicherheitsrisiko

USE CASE 4 | Antibiotika-Forderung

Patient fordert Antibiotikum bei viralem Infekt. Wirkt verärgert.

Schwach: „Antibiotika gibt es nicht.“ – setzt Gespräch abrupt fort.

Besser: „Ich verstehe, dass Sie schnell gesund werden möchten. Bei diesem Befund spricht vieles für einen Virus. Ein Antibiotikum würde Ihnen wahrscheinlich nicht helfen und kann Nebenwirkungen machen. Ich erkläre Ihnen, worauf wir achten, und wann Sie wiederkommen müssen.“

Formel: Anliegen anerkennen → Medizinische Grenze erklären → Alternative bieten → Safety-Net

QUICK REFERENCE

1. Beziehung ist Arbeitsgrundlage, nicht Dekoration.
2. Validieren ≠ zustimmen.
3. Ehrlichkeit stärkt Vertrauen mehr als jedes Beruhigen.
4. Grenzen brauchen Begründung und Alternative.
5. „Schwieriger Patient“ ist meist „schwierige Situation“.
6. Schamthemen brauchen Normalisierung.
7. Teamhaltung beeinflusst Patientensicherheit.

→ → [Kap. 12 NURSE](#) · → [Kap. 14 Aggression](#) · → [Kap. 15 Fehlergespräche](#) · → [Kap. 31 Teamresilienz](#)

TEIL II

Kernwerkzeuge der Konsultation

Kapitel 5 — Agenda Setting und Zeitsteuerung

Vom offenen Anliegen zur priorisierten Konsultation

■ Agenda Setting als klinische Triage

Ohne Agenda Setting gewinnt das lauteste, erste oder zuletzt genannte Anliegen. Riskant, weil: gefährliche Themen tauchen häufig spät oder indirekt auf. Studien zeigen: Ärzte unterbrechen Patienten nach Ø 18 Sekunden – bevor das Hauptanliegen geäußert ist.

5.1 Standardablauf

Schritt	Formulierung
Anliegen offen sammeln	„Was möchten Sie heute alles besprechen – auch wenn wir nicht alles schaffen?“
Sicherheitsrelevantes prüfen	„Gibt es etwas Akutes oder etwas, das Sie besonders beunruhigt?“
Priorität des Patienten erfragen	„Was ist davon heute am wichtigsten für Sie?“
Realistisch priorisieren	„Wir schaffen heute X und Y gut. Z plant ich für den nächsten Termin ein – ist das in Ordnung?“

💡 PRAXIS PEARL – Agenda Setting

- ✓ Bereits 2 offene Minuten ohne Unterbrechung decken 80 % der Anliegen auf.
- ✓ Mehrere Anliegen? Sicherheitsrelevantes immer zuerst, dann Patientenpriorität.
- ✓ Nicht priorisierbare Anliegen: Folgetermin anbieten – nicht abwehren.
- ✓ Tipp: kurze Liste an Rezeption anbieten – „Worum geht es heute?“ reduziert Zeitdruck.

💎 COMMUNICATION PEARL

Agenda Setting ist keine Zeitmanagement-Technik. Es ist eine Form klinischer Triage.

▶ KOMMUNIKATIONS-RED-FLAGS

- ▶ Nur erste Beschwerde aufgreifen – wichtigste bleibt unentdeckt
- ▶ Patienten nach 10 Sekunden unterbrechen
- ▶ Agenda am Ende der Konsultation (zu spät für Sicherheitscheck)

→ → [Kap. 2 7-Phasen-Konsultation](#) · → [Kap. 11 Safety-Net](#)

Kapitel 6 — Aktives Zuhören, WWSZ und Gesprächslenkung

Offen hören, gezielt führen

6.1 WWSZ im Einsatz

Technik	Wann / Formulierung
Wiederholen	Letztes Wort / letzten Satz wiederholen → Patient elaboriert
Widerspiegeln	Emotion spiegeln: „Das klingt sehr belastend.“ / „Das ärgert Sie.“
Zusammenfassen	„Wenn ich Sie richtig verstehe: ... – habe ich das richtig erfasst?“
Zuhören (aktiv)	Kurze Bestätiger: Nicken, Pause aushalten, „Mmh“, „Ja, weiter“

6.2 Gesprächslenkung ohne Würgen

Situation	Formulierung
Abdriften	„Ich unterbreche kurz, damit wir den wichtigsten Punkt nicht verlieren.“
Zu viele Themen	„Das ist alles wichtig – können wir das der Reihe nach nehmen?“
Kreisen ohne Fortschritt	„Was wäre für Sie die wichtigste Antwort, die Sie heute mitnehmen möchten?“
Zeitdruck	„Wir haben noch 5 Minuten – was müssen wir jetzt unbedingt klären?“

PRAXIS PEARL – Zuhören

- ✓ 3 Sekunden Stille nach einer Frage = produktive Pause. Nicht auffüllen.
- ✓ Notizen erst nach Gesprächspause, nicht während des Patienten-Sprechens.
- ✓ Eye-Contact-Regel: mindestens alle 30 Sekunden Blickkontakt herstellen.
- ✓ Zusammenfassen ist Diagnostik – Irrtümer werden sofort korrigierbar.

→ → [Kap. 3 ICE/SIFE](#) · → [Kap. 12 NURSE](#)

Kapitel 7 — Informationsvermittlung und einfache Sprache

Verstehen ermöglichen statt Fachwissen abladen

7.1 Die 7 Regeln verständlicher Erklärung

Regel	Praktische Umsetzung
1. Kurze Sätze	Max. 15 Wörter pro Satz. Hauptsatz, nicht Schachtelsatz.
2. Ein Gedanke pro Satz	Nicht: „Das Herz ist geschwächt, weshalb Sie Wasser in den Beinen haben, was das Herz weiter belastet.“
3. Aktive Sprache	„Nehmen Sie die Tablette morgens“ – nicht „Die Einnahme sollte morgens erfolgen.“
4. Fachbegriffe übersetzen	„Hypertonie“ = „zu hoher Blutdruck“. Immer Übersetzung anbieten.
5. Zahlen konkret machen	Nicht: „5 % Risiko“. Besser: „5 von 100 Patienten mit Ihrer Situation.“
6. Max. 3 Kernbotschaften	Was muss der Patient heute wissen? Nur das.
7. Schriftlich sichern	Wichtiges aufschreiben oder Nachsorge-Info mitgeben.

7.2 Ask-Tell-Ask

Schritt	Formulierung
Ask (Vorwissen)	„Was wissen Sie schon über [Diagnose/Medikament]?“
Tell (Information)	Kurze, klare Information in Alltagssprache anknüpfen
Ask (Verstehen)	„Wie klingt das für Sie?“ / „Was ist noch unklar?“

PRAXIS PEARL – Kommunikation

- ✓ „Stellen Sie sich vor, Sie erklären es einem Freund, nicht einem Studenten.“
- ✓ Analogien: „Das Herz ist wie eine Pumpe, die jetzt schwächer drückt.“
- ✓ Zahlen mit Visualisierung: Zeichnung, Skizze, Risikodarstellung (Häufigkeitsformat).
- ✓ „Was nehmen Sie als die wichtigste Information heute mit?“

KOMMUNIKATIONS-RED-FLAGS

- ▶ Monolog > 2 Minuten ohne Rückfrage → Patient hat nach 30 Sek. nichts mehr gehört
- ▶ Fachbegriff ohne Übersetzung bei Verdacht auf Sprachbarriere / geringe Literalität
- ▶ Papierbogen aushändigen als Ersatz für Gespräch

→ → [Kap. 10 Teach-back](#) · → [Kap. 16 Sprachbarrieren](#) · → [Kap. 17 Literalität](#)

Kapitel 8 — Aufklärung, Einwilligung und rechtliche Sicherheit

Verständlichkeit als Voraussetzung wirksamer Einwilligung

Rechtliche Grundlage (§ 630e BGB)

Aufklärung muss: rechtzeitig, mündlich, in verständlicher Sprache und patientengerecht erfolgen.
 Eine Einwilligung ohne Aufklärungsverständnis ist rechtlich unwirksam.
 Dokumentation: Inhalt, Zeitpunkt, Form, Patient hat Fragen stellen können.

8.1 Aufklärungs-Checkliste (10 Punkte)

Pflichtpunkt	Beispielsatz
1. Diagnose/Verdacht	„Ich sehe Hinweise auf ...“
2. Ziel der Maßnahme	„Damit wollen wir ... erreichen.“
3. Nutzen	„Der wahrscheinliche Vorteil ist ...“
4. Wesentliche Risiken	„Das wichtigste Risiko ist ... bei etwa ... von 100 Patienten.“
5. Alternativen	„Es gibt auch die Möglichkeit ...“
6. Nichtbehandlung	„Wenn wir nichts tun, ...“
7. Dringlichkeit	„Das sollte innerhalb von ... entschieden werden.“
8. Fragen ermöglichen	„Was ist noch unklar? Brauchen Sie Bedenkzeit?“
9. Verständnis prüfen	Teach-back: „Was machen Sie als nächstes?“
10. Dokumentation	Datum, Inhalt, Form, Unterschrift bei invasiven Maßnahmen

COMMUNICATION PEARL

Eine Aufklärung, die der Patient nicht verstanden hat, ist keine Aufklärung.
 Teach-back ist Pflicht – nicht Option.

TIPP: Einwilligungsfähigkeit prüfen

Immer prüfen bei: Demenz, Sucht, akuter Psychose, Minderjährigen, Sprachbarriere.
 Kernfragen: Versteht der Patient die Information? Kann er Konsequenzen einschätzen? Ist die Entscheidung stabil?
 Dokument: Zeitpunkt, Prüfmethode, Ergebnis festhalten.

→ → [Kap. 10 Teach-back](#) · → [Kap. 16 Sprachbarrieren](#) · → [Kap. 19 Kinder/Jugendliche](#)

Kapitel 9 — Shared Decision Making und Risikokommunikation

Entscheidungen teilen, ohne Verantwortung abzugeben

■ Wann SDM – wann direktive Empfehlung?

SDM: bei präferenzsensitiven Entscheidungen (mehrere gleichwertige Optionen, Patientenwerte entscheidend)

Direktive Empfehlung: bei klarer medizinischer Indikation ohne sinnvolle Alternative

Abgrenzung: SDM bedeutet nicht „Patient entscheidet allein“ – sondern Evidenz + ärztliche Einschätzung + Patientenwerte sichtbar machen.

9.1 SDM in 4 Schritten

Schritt	Formulierung
1. Problem vorstellen	„Wir haben ein Thema, bei dem es keine eindeutig beste Lösung gibt.“
2. Optionen beschreiben	„Es gibt im Wesentlichen zwei Möglichkeiten: ... und ...“
3. Vor-/Nachteile	Absolute Zahlen benutzen: „Von 100 Patienten profitieren 12 von Option A.“
4. Patientenwerte	„Was ist Ihnen bei dieser Entscheidung besonders wichtig?“

9.2 Risikokommunikation: Dos and Don'ts

Falsch	Richtig
„Sie haben 5 % Risiko“	„5 von 100 Patienten mit Ihrer Situation erleben ...“
„Das Risiko ist klein“	Konkreter: „1 von 1000 Patienten ...“
Relative Risikoreduktion	Immer absolute Zahlen: NNT, NNH nennen
Nur Risiken nennen	Immer Nutzen und Risiken nebeneinander

💡 PRAXIS PEARL – SDM-Tipp

- ✓ Entscheidungshilfen (Decision Aids) aus www.patientenentscheidungshilfen.de nutzen.
- ✓ „Ich würde ... empfehlen, und ich erkläre Ihnen, warum – aber die letzte Entscheidung liegt bei Ihnen.“
- ✓ Ambivalenz aushalten: Bedenkzeit anbieten ist kein Zeitverlust.

→ → [Kap. 8 Aufklärung](#) · → [Kap. 28 Deprescribing](#) · → [Band 6 Polypharmazie](#)

Kapitel 10 — Teach-back und Verständnisprüfung

Scheinsicherheit vermeiden

■ Warum Teach-back?

Studien: Patienten vergessen 40–80 % medizinischer Information unmittelbar nach dem Gespräch.

Teach-back deckt Missverständnisse auf, bevor sie zu Behandlungsfehlern führen.

Nicht prüfen, ob Patient gehört hat – sondern ob Erklärung verständlich war.

10.1 Teach-back richtig formulieren

Falsch	Richtig
„Haben Sie das verstanden?“	„Damit ich weiß, ob ich es gut erklärt habe – können Sie mir sagen, wie Sie das Medikament nehmen werden?“
Ja/Nein-Frage	Offene Rückerzählung fordern
Nur einmal prüfen	Bei komplexem Plan: 3-stufige Teach-back-Schleife

10.2 Teach-back Pflichtindikationen

⚠ TEACH-BACK IMMER BEI:

- Antikoagulation • Insulin-Therapie • Antibiotika-Kur
- Neue ernste Diagnose • Steroide • Schwangerschaft
- Kinderbehandlung • Sprachbarriere • Demenz / Geriatrie
- Polypharmazie • Entlassung aus Notfallkontakt

💎 COMMUNICATION PEARL

Teach-back-Formulierung: „Damit ich weiß, ob ich es verständlich erklärt habe – können Sie mir bitte sagen, wie Sie das zu Hause machen werden?“

→ → [Kap. 7 Informationsvermittlung](#) · → [Kap. 16 Sprachbarrieren](#) · → [Kap. 32 Patientenratgeber](#)

Kapitel 11 — Safety-Net-Kommunikation

Verlauf sichern bei Unsicherheit

■ Safety-Net als Sicherheitsarchitektur

Safety-Net übergibt dem Patienten die Verlaufsbeobachtung – konkret, nicht diffus.

Diffus: „Wenn es nicht besser wird, kommen Sie wieder.“

Konkret (Safety-Net): „Wenn Sie Fieber über 39 °C bekommen, kommen Sie sofort – auch ohne Termin.“

11.1 Safety-Net-Formel

☑ SAFETY-NET-FORMEL

Wenn [konkretes Warnzeichen],
dann [konkrete Handlung: Praxis / Notaufnahme / 112],
innerhalb von [konkretem Zeitfenster].

Beispiel: „Wenn der Schmerz schlimmer wird oder Fieber dazukommt, rufen Sie sofort an – wir haben einen Notfallslot.“

11.2 Wann Safety-Net zwingend?

Situation	Safety-Net-Inhalt
Watchful-Waiting-Entscheidung	Klare Rückkehrkriterien: was, wann, wohin
Neue Symptome unklarer Ursache	Zeitfenster bis Reevaluation
Entlassung nach Akutkontakt	112-Kriterien benennen
Polypharmazie-Änderung	Interaktionssymptome nennen
Sprachbarriere	Schriftliches Safety-Net in Patientensprache

◆ COMMUNICATION PEARL

Safety-Net ist keine Absicherung des Arztes. Es ist ein Instrument zur Verlaufssicherheit des Patienten.

→ → *Band 1 Kap. 4 Red Flags* · → *Band 4 Patientenmanagement* · → *Kap. 2 Abschlussformel*

Kapitel 12 — NURSE: Umgang mit Emotionen

Emotion vor Information

■ Warum NURSE vor Fakten?

Patienten im emotionalen Ausnahmezustand können keine medizinischen Informationen aufnehmen.

Emotionen validieren → Stressniveau sinkt → Patient wird aufnahmefähig.

NURSE ist die Voraussetzung für alle nachfolgenden Informationen.

12.1 Das NURSE-Modell

N-U-R-S-E	Formulierungsbeispiel
Name it (benennen)	„Ich sehe, dass Sie gerade sehr besorgt / aufgewühlt / erschöpft sind.“
Understand (Verständnis)	„Das ist verständlich. Das wäre für mich auch eine schwierige Situation.“
Respect (anerkennen)	„Sie tragen das schon sehr lange mit sich.“
Support (unterstützen)	„Ich bin hier. Wir schauen das gemeinsam an.“
Explore (erkunden)	„Was beschäftigt Sie gerade am meisten?“

💡 PRAXIS PEARLS – NURSE im Alltag

- ✓ NURSE lässt sich in 60 Sekunden anwenden.
- ✓ Man muss nicht alle 5 Elemente verwenden – ein oder zwei reichen oft.
- ✓ Schweigen nach „Explore“ aushalten – Patient füllt es.
- ✓ NURSE schützt auch den Arzt: weniger Konflikte, weniger Eskalation.
- ✓ Fehler: Sofort informieren, bevor Emotion validiert. → Patient verschließt sich.

💎 COMMUNICATION PEARL

Emotion benennen: „Ich sehe, dass Sie das sehr belastet.“ – und dann schweigen.

▶ KOMMUNIKATIONS-RED-FLAGS

- ▶ „Machen Sie sich keine Sorgen“ – verneint die Emotion statt sie anzuerkennen
- ▶ Sofort informieren, bevor NURSE angewendet wurde
- ▶ Emotion übergehen und zum Befund wechseln

→ → [Kap. 13 SPIKES](#) · → [Kap. 4 Beziehung](#) · → [Kap. 15 Fehlergespräche](#)

Kapitel 13 — SPIKES: Schlechte Nachrichten

Struktur statt Improvisation

■ Warum SPIKES in der Hausarztpraxis?

Hausärzte überbringen weit mehr schlechte Nachrichten als Spezialisten: Krebsdiagnosen, chronische Erkrankungen, Sterblichkeit, Funktionsverluste, negative Laborresultate.
Ohne Struktur: Informationsflut, Abbruch, Schock ohne Auffangen – Vertrauensverlust.

13.1 SPIKES im Detail

S-P-I-K-E-S	Inhalt + Formulierung
S – Setting	Störungsfreier Raum. Sitzen. Zeit einplanen. Begleitperson anbieten.
P – Perception	„Was wissen Sie schon über Ihren Befund / Ihre Erkrankung?“
I – Invitation	„Möchten Sie heute alle Details wissen, oder lieber Schritt für Schritt?“
K – Knowledge (Warnschuss)	„Es gibt leider eine ernste Nachricht ...“ – dann kurze Pause.
E – Emotions (NURSE)	Emotion auffangen. NURSE anwenden. Nicht sofort weiter mit Informationen.
S – Strategy & Summary	Nächste Schritte benennen, Folgetermin, Notfallkontakt. Zusammenfassen.

13.2 BAD-Kurzform für die Hausarztpraxis

⚡ BAD-FORMEL

B – Befund ankündigen: „Es gibt leider eine wichtige Nachricht ...“
A – Abholen: „Was wissen Sie schon, was haben Sie befürchtet?“
D – Danach planen: „Was ist jetzt der nächste Schritt?“

💡 PRAXIS PEARLS – Schlechte Nachrichten

- ✓ Begleitperson aktiv anbieten – nicht nur beim Krebsgespräch.
- ✓ Warnschuss + 3 Sekunden Pause → Patient kann sich vorbereiten.
- ✓ Nach der Nachricht: zuerst Emotion auffangen (NURSE), dann Information.
- ✓ Nächster Schritt immer konkret: Termin, Überweisung, Rückruf.
- ✓ Schriftliche Zusammenfassung mitgeben: Patient erinnert sich nach Schock an wenig.

🏠 USE CASE 13 | Krebsbefund am Telefon

Situation: Histologie liegt vor: Karzinom. Patient ruft von Arbeit an.
Falsch: Befund am Telefon mitteilen.
Richtig: „Ich habe einen wichtigen Befund für Sie. Können Sie so bald wie möglich in die Praxis kommen, am besten mit jemandem, der Sie begleitet?“

Lernpunkt: Schlechte Nachrichten gehören nicht ans Telefon – immer persönliches Gespräch mit Setting.

▶ **KOMMUNIKATIONS-RED-FLAGS**

- ▶ Krebsdiagnose am Telefon mitteilen
- ▶ Sofort nach der Nachricht mit Therapieplan beginnen – Patient hört nichts mehr
- ▶ Emotion übergehen: „Jetzt müssen wir schauen, was wir tun ...“
- ▶ Kein konkreter nächster Schritt → Patient allein mit Nachricht

→ → [Kap. 12 NURSE](#) · → [Kap. 22 Onkologie](#) · → [Kap. 23 Palliativ](#)

Kapitel 14 — Aggression, Eskalation und Grenzen

Deeskalieren, ohne sich auszuliefern

■ Aggression als Signal

Aggression in der Hausarztpraxis entsteht meist aus: Angst, Schmerz, langer Wartezeit, Unverständnis, Hilflosigkeit.

Selten primär feindseelig. Häufiger: unbefriedetes Anliegen.

Deeskalation: zuerst Anliegen hören, dann Grenze setzen.

14.1 Deeskalations-Ampel

Phase	Zeichen	Handlung
Grün	Angespannt, laut, fordernd	Anliegen hören, NURSE, erklären
Gelb	Drohende Sprache, Körperhaltung	Name nennen, ruhig bleiben, Grenzformel
Rot	Körperliche Bedrohung	Raum verlassen, Team alarmieren, Notfall 112

14.2 Grenzformel (CALM-Logik)

☑ GRENZFORMEL

Ich verstehe [Anliegen des Patienten].

Gleichzeitig gilt [klare Grenze: was nicht tolerierbar ist].

Ich kann anbieten [konkrete Alternative].

Wenn [Grenzverletzung fortgesetzt], dann [klare Konsequenz benennen].

Beispiel: „Ich verstehe, dass Sie lange warten mussten. Gleichzeitig kann ich Beleidigungen meiner Mitarbeiterinnen nicht akzeptieren. Ich biete Ihnen an, nach der Sprechstunde in Ruhe zu sprechen. Wenn das nicht möglich ist, muss ich Sie bitten, die Praxis zu verlassen.“

💡 PRAXIS PEARLS – Aggression

- ✓ Ruhige Stimme, langsames Sprechen – Ton ist ansteckend.
- ✓ Nicht näher treten – Körperabstand erhöht Sicherheit.
- ✓ Nicht allein: MFA informieren (Blick, Geste), Team in Sichtweite.
- ✓ Kein Augenkontakt-Wettbewerb – entspannter Blickkontakt, nicht starren.
- ✓ Nach Vorfall: Team-Debriefing. Immer. Auch wenn nichts passiert ist.
- ✓ Hausrecht: Hausarzt kann aggressive Patienten aus Praxis ausschließen (dokumentieren).

▶ ESKALATIONS-RED-FLAGS

- ▶ Patient kommt näher, hebt Stimme, droht körperlich → sofort Raum verlassen
- ▶ Patient unter Drogeneinfluss → kein Gespräch, Sicherheit vorrang

▶ Waffe oder Andeutung einer Waffe → Sofort 112, kein Widerstand

→ → *Kap. 29 MFA-Empfang* · → *Kap. 31 Teamresilienz* · → *Band 7 Praxissicherheit*

Kapitel 15 — Fehler-, Beschwerde- und Entschuldigungsgespräche

Vertrauen sichern, ohne defensiv zu werden

■ Fehleroffenlegung: Warum und wie?

Studien: Offene Kommunikation nach Fehlern reduziert Klagequoten.

Patienten wollen: Ehrlichkeit, Verständnis, Erklärung, Maßnahmen zur Verhinderung.

Risikohinweis: „Es tut mir leid“ ist eine Empathieäußerung, kein Schuld-Eingeständnis.

15.1 Beschwerdegespräch in 6 Schritten

Schritt	Formulierung
1. Öffnen	„Ich möchte verstehen, was Sie erlebt haben.“
2. Zuhören	Patient vollständig aussprechen lassen – nicht unterbrechen
3. Spiegeln	„Wenn ich Sie richtig verstehe, haben Sie sich ... gefühlt.“
4. Empathie zeigen	„Ich verstehe, dass Sie das so erlebt haben. Das tut mir leid.“
5. Fakten klären / handeln	„Ich werde das prüfen und mich bis [Datum] melden.“
6. Dokumentieren	Inhalt, Datum, Maßnahmen schriftlich festhalten

15.2 Fehleroffenlegungs-Formulierung

☑ FEHLERFORMEL

„Es tut mir leid, dass Sie diese Situation erlebt haben.“

„Ich nehme das sehr ernst und prüfe den Ablauf sorgfältig.“

„Ich melde mich bis [konkretes Datum] bei Ihnen.“

NICHT: „Wir sind schuld.“ (juristisch riskant)

NICHT: „Dazu kann ich nichts sagen.“ (Vertrauensbruch)

💡 PRAXIS PEARLS – Fehlergespräch

- ✓ Fehler intern zuerst klären, bevor Patient konfrontiert wird.
- ✓ Entschuldigung ≠ Schuldanerkenntnis – ärztlich und rechtlich unterschiedlich.
- ✓ Zeuge bei Beschwerdegesprächen hilfreich.
- ✓ Dokumentation schützt: wer hat wann was gesagt, was wurde entschieden?
- ✓ Nach kritischen Gesprächen: Team-Debriefing innerhalb 24 h.

→ → [Kap. 30 Befundkommunikation](#) · → [Kap. 31 Teamresilienz](#) · → [Band 7 Qualitätslogik](#)

TEIL III

Barrieren und besondere Patientengruppen

Kapitel 16 — Sprachbarrieren und Dolmetschen

Sichere Verständigung als Voraussetzung sicherer Versorgung

■ Warum Sprachbarrieren ein Patientensicherheitsrisiko sind

Sprachbarrieren betreffen: Anamnese, Aufklärung, Einwilligung, Therapieumsetzung, Safety-Net. Studien: Sprachbarrieren erhöhen Fehlerrisiko, Komplikationsraten und Readmissionsraten. Laut arztCME: geringe Sprachkenntnisse senken die Bereitschaft, Symptome vollständig zu schildern.

16.1 Sprachbedarf erkennen und steuern

Situation	Handlung
Sprachbarriere erkennbar	„Welche Sprache ist für medizinische Dinge für Sie am sichersten?“
Dolmetscher nötig	Professionellen Sprachmittler organisieren – nicht Familienangehörige
Schriftliche Info nötig	Einfachsprachige Unterlagen, Bilder, WHO-Ressourcen nutzen
Notfall + Sprachbarriere	Sofort 112 / Notfallprotokoll – kein Warten auf Dolmetscher

16.2 Dolmetscher-Workflow

📋 DOLMETSCHER-CHECKLISTE

- ✓ Professionellen Sprachmittler beauftragen (Laien-Dolmetschen durch Angehörige vermeiden)
- ✓ Patient direkt ansprechen – nicht zum Dolmetscher: „Fragen Sie ihn, ob ...“
- ✓ Kurze Abschnitte sprechen – dann übersetzen lassen
- ✓ Teach-back am Ende: Patient erzählt Dolmetscher zurück, was er verstanden hat
- ✓ Dokumentieren: Dolmetscher genutzt, Verständnis geprüft
- ✓ Datenschutz: Angehörige dürfen nur mit Zustimmung dolmetschen – und nicht bei sensiblen Themen

💡 PRAXIS PEARLS – Sprachbarriere

- ✓ Telefondolmetscher-Dienst bereithalten (z. B. Sprachmittlerpool der KV)
- ✓ Einfaches Bildmaterial für Körperregionen, Schmerzskala, Medikamentenpläne
- ✓ Apps: Google Translate nur als Notlösung, nie für Aufklärung oder Einwilligung
- ✓ Leitlinie DEGAM: Risikokommunikation bei Sprachbarriere immer zusätzlich schriftlich

▶ **KOMMUNIKATIONS-RED-FLAGS**

- ▶ Kind als Dolmetscher für Eltern – rechtlich und ethisch problematisch
- ▶ Google Translate für Aufklärung oder Einwilligung – medizinisch unsicher
- ▶ „Er hat genickt, also hat er verstanden" – Nicken ≠ Verstehen

→ → *Kap. 7 Informationsvermittlung* · → *Kap. 10 Teach-back* · → *Kap. 18 Interkulturell*

Kapitel 17 — Geringe Literalität, einfache und leichte Sprache

Verstehen ohne Beschämung ermöglichen

Häufigkeit und Versteckspiel

Ca. 12 % der deutschen Bevölkerung sind funktionale Analphabeten (Analphabetismus-Studie LEO 2018).

Geringe Gesundheitsliteratilität: bis zu 54 % der Erwachsenen laut HLCA-Studie.

Patienten verstecken Literalitätsprobleme – Scham verhindert Rückfragen.

Erkennungszeichen: „Ich lasse das meinen Mann zu Hause lesen.“ / Formulare nicht ausfüllen.

17.1 Einfache Sprache – Kernregeln

Regel	Beispiel
Kurze Sätze (max. 12 Wörter)	„Nehmen Sie jeden Morgen 1 Tablette.“
Bekannte Wörter	„Herz“ statt „Myokard“
Aktiv, direkt	„Kommen Sie morgen wieder“ statt „Eine Vorstellung ist empfohlen.“
Konkrete Handlungen	„Rufen Sie an, wenn Fieber kommt“ statt „Verschlechterung beachten“
Wiederholen, visualisieren	Skizze + Wort + Teach-back kombinieren

TIPP – Literalität ansprechen ohne Beschämung

„Viele Menschen finden solche Pläne kompliziert.“

„Wir gehen ihn kurz zusammen durch – ich mache das mit allen Patienten.“

Leichte Sprache (für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung):

- Sehr kurze Sätze (max. 8 Wörter)
- Jeweils nur eine Information
- Bilder / Piktogramme
- Patient direkt mit Vornamen ansprechen

→ → [Kap. 7](#) · → [Kap. 10 Teach-back](#) · → [Kap. 20 Menschen mit Behinderung](#)

Kapitel 18 — Interkulturelle Kommunikation

Neugier ohne Stereotypisierung

Kulturkompetenz als Haltung

Interkulturelle Kommunikation ≠ kulturelle Schablonen kennen.

Ziel: individuelle Bedeutungen und Werte erfragen statt kulturelle Vorannahmen übertragen.

Leitprinzip: Neugier und Nachfragen statt Annahmen.

18.1 Interkulturelle Fragenstrategie

Thema	Frage
Krankheitsvorstellung	„Was denken Sie / Ihre Familie, woher das kommt?“
Behandlungserwartung	„Was hätten Sie gerne, dass wir tun?“
Familie einbeziehen	„Möchten Sie Ihre Familie beim Gespräch dabei haben?“
Schamthemen	Ruhige, direkte Frage, keine Andeutungen
Traditionelle Medizin	„Nehmen Sie etwas aus der traditionellen Medizin? Das ist wichtig für mich zu wissen.“

PRAXIS PEARL – Kulturkompetenz

- ✓ Nicht fragen: „In Ihrer Kultur macht man das so, oder?“ → Stereotyp.
- ✓ Fragen: „Was ist Ihnen bei dieser Entscheidung wichtig?“ → individuell.
- ✓ Familie: Einbeziehen wenn gewünscht, aber Patientenwille hat Vorrang.
- ✓ Religiosität: Kurze offene Frage: „Spielt Glaube oder Religion für Sie eine Rolle?“

→ → [Kap. 16 Sprachbarrieren](#) · → [Kap. 9 SDM](#)

Kapitel 19 — Kinder, Jugendliche und Eltern

Triadische Kommunikation, Vertraulichkeit, Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit

19.1 Kinder direkt ansprechen

Alter	Gesprächsstrategie
< 6 Jahre	Primär mit Eltern, Kind nonverbal einbeziehen (Spielzeug, Lob)
6–11 Jahre	Kind direkt fragen: „Wie geht es dir?“ Eltern ergänzen lassen
12–17 Jahre	Jugendliche zuerst allein kurz befragen (Vertraulichkeit erklären)

PRAXIS PEARL – Jugendliche

„Ich erkläre es zuerst dir, und dann erklären wir es gemeinsam deinen Eltern.“

„Ein Teil des Gesprächs kann vertraulich bleiben – wenn aber Gefahr besteht, müssen wir Hilfe holen.“

Einsichtsfähigkeit ab ca. 14–16 Jahren prüfen: Versteht der Jugendliche Konsequenzen?

Rechtlich: Bei einwilligungsfähigen Jugendlichen hat deren Wille Vorrang vor Elternwillen.

→ → [Kap. 8 Aufklärung/Einwilligung](#) · → [Kap. 23 Heikle Themen](#)

Kapitel 20 — Demenz, Geriatrie und Angehörige

Würde, Verlangsamung, Angehörige als Partner

Herausforderung	Gesprächsstrategie
Verlangsamte Verarbeitung	Langsam sprechen, Pausen aushalten, nicht unterbrechen
Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt	Kurze Sätze, eine Information, schriftlich sichern
Orientierungsbedarfs	Kurze Reorientierung: Name nennen, Ort erklären
Angehörige übernehmen	Patienten trotzdem direkt ansprechen – nicht über ihn reden
Einwilligungsfähigkeit fraglich	Prüfen, dokumentieren, bei Bedarf Betreuer/Vorsorgevollmacht

PRAXIS PEARLS – Demenz

- ✓ Immer den Patienten zuerst ansprechen, auch wenn Angehörige dabei sind.
- ✓ Einfache Fragen: „Haben Sie Schmerzen?“ Nicht: „Schildern Sie Ihre Beschwerden.“
- ✓ Vorsorgevollmacht klären und dokumentieren – am besten vor Krisenmoment.
- ✓ Angehörige als Co-Informanten einbeziehen, aber Patientenwille nicht übergehen.

→ → [Kap. 8 Einwilligungsfähigkeit](#) · → [Kap. 17 Literalität](#) · → [Band 4 Patientenmanagement](#)

Kapitel 21 — Menschen mit Behinderung und kognitiven Einschränkungen

Einfache Sprache, Geduld, stabiles Vertrauensverhältnis

Situation	Strategie
Intellektuelle Beeinträchtigung	Leichte Sprache, Bilder, Wiederholung, Bezugsperson einbeziehen
Nadelphobie / Untersuchungsangst	Vertrauen aufbauen, schrittweise vorgehen, Vorhersehbarkeit geben
Autismus-Spektrum	Direkte, wörtliche Sprache. Keine Metaphern, keine mehrdeutigen Aussagen
Hörbeeinträchtigung	Langsam, in Richtung Patient sprechen, Schriftform anbieten

PRAXIS PEARL – Nadelphobie

- ✓ Nicht bagatellisieren: „Das tut gar nicht weh“ → Vertrauensverlust.
- ✓ Stattdessen: Ablenkung, Atemübung, Selbstwirksamkeit stärken: „Sie entscheiden, wann wir beginnen.“
- ✓ Vorige Erlebnisse erfragen: „Was hat bei Ihnen früher geholfen?“

→ → [Kap. 17 Leichte Sprache](#) · → [Kap. 4 Vertrauen](#)

TEIL IV

Spezielle klinische Gesprächssituationen

Kapitel 22 — Onkologie und Palliativsituationen

SPIKES, NURSE, Zielbesprechung

Situation	Priorität + Werkzeug
Erstkrebsdiagnose	SPIKES vollständig. Begleitperson. Zweiten Termin anbieten.
Rezidiv, Progression	„Was haben Sie befürchtet?“ → ICE zuerst. Dann NURSE.
Übergang Palliativ	„Was wäre Ihnen wichtig, wenn die Zeit begrenzt ist?“ – Zielbesprechung
Stellvertreterentscheidung	Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht, Familienkonferenz

💡 PRAXIS PEARLS – Onkologie

- ✓ Hoffnung nicht nehmen – aber realistisch bleiben: beides geht.
- ✓ „Was wissen Sie schon?“ immer zuerst – Überraschungseffekte vermeiden.
- ✓ Schriftliche Zusammenfassung nach Schlecht-Nachrichten-Gespräch ist Pflicht.
- ✓ Palliativnetz regional kennen – Kontakte bereithalten.

→ → [Kap. 13 SPIKES](#) · → [Kap. 12 NURSE](#) · → [Kap. 26 Psychische Krisen](#)

Kapitel 23 — Heikle Themen: Sucht, Gewalt, Sexualität, Scham

Ansprechen ohne Verurteilen

Thema	Gesprächseinstieg
Alkohol / Sucht	„Wie viel Alkohol trinken Sie in einer normalen Woche? – Das frage ich alle Patienten routinemäßig.“
Häusliche Gewalt	„Fühlen Sie sich zu Hause sicher?“ Allein fragen, nie mit Begleitperson.
Sexuelle Gesundheit	„Haben Sie Fragen zu Ihrer sexuellen Gesundheit?“ – normalisieren.
Schamthemen allg.	„Das ist medizinisch wichtig und vertraulich. Viele Patienten fragen das.“

PRAXIS PEARLS – Scham und heikle Themen

- ✓ Routinefragen entlasten: „Das fragen wir alle Patienten“ nimmt Stigma.
- ✓ Reaktion des Arztes entscheidet: keine Mimik der Überraschung bei Offenbarung.
- ✓ Dokumentation häuslicher Gewalt: Befunde forensisch sichern (Datum, Beschreibung).
- ✓ Ressourcen kennen: lokale Frauenhäuser, Suchtberatung, Sexualmedizin.

→ → [Kap. 4 Haltung](#) · → [Kap. 26 Suizidalität](#)

Kapitel 24 — Funktionelle Beschwerden, Gesundheitsangst und Dr. Google

Beschwerden validieren ohne zu dramatisieren

Fehler	Alternative
„Da ist nichts.“	„Ich sehe keine Warnzeichen für eine gefährliche Ursache.“
„Das ist psychisch.“	„Ihr Nervensystem reagiert auf Stress mit körperlichen Signalen – das ist real.“
Überdiagnostik aus Druck	Gezielt testen: Red Flags ausschließen, dann begrenzen
Dr. Google ignorieren	„Was haben Sie gelesen? Ich erkläre, was das für Sie bedeutet.“

PRAXIS PEARLS – Funktionell / Gesundheitsangst

- ✓ Beschwerden validieren: „Ihre Beschwerden sind real. Ich nehme sie ernst.“
- ✓ Sicherheit erklären: „Ich sehe keine Warnzeichen für etwas Gefährliches.“
- ✓ Diagnostik begrenzen erklären: „Wir testen gezielt, weil zu viele Tests auch schaden können.“
- ✓ Verlauf planen: „Wir vereinbaren einen festen Kontrolltermin.“
- ✓ Dr.-Google-Befund: nicht lächeln, ernst nehmen, dann einordnen.

→ → [Kap. 3 ICE](#) · → [Kap. 11 Safety-Net](#) · → [Kap. 26 Psychische Krisen](#)

Kapitel 25 — Impfberatung und Risikokommunikation

Motivierende Gesprächsführung bei Impfzögern

Impfhaltung	Strategie
Zögernd	Offene Fragen: „Was beschäftigt Sie?“ → NURSE → Fakten
Ablehner	MI-Prinzip: Diskrepanz aufzeigen, Ambivalenz erkunden, Autonomie respektieren
Desinformation	„Was haben Sie gelesen?“ → gemeinsam einordnen, nicht debattieren
Unsicher	Absolute Zahlen: Nutzen vs. Risiko nebeneinander, Entscheidungshilfe

PRAXIS PEARL – Impfgespräch

- ✓ Eigene Empfehlung klar aussprechen: „Ich würde Ihnen die Impfung empfehlen, weil ...“
- ✓ Nicht debattieren – explorieren: „Was würde Sie überzeugen?“
- ✓ Absolute Zahlen nutzen: NNT / NNH, keine Relativzahlen
- ✓ Dokument: Beratung, Ablehnung, Aufklärung schriftlich festhalten

→ → [Kap. 9 SDM](#) · → [Kap. 7 Risikokommunikation](#)

Kapitel 26 — Psychische Krisen und Suizidalität

Hochrisiko-Modul – Ergänzungsquellen zwingend prüfen

⚠️ WICHTIGER HINWEIS

Dieses Kapitel basiert auf Primärquellen der S3-Leitlinie Suizidalität (AWMF) und DGPPN. Keine eigenständige klinische Handlungsanleitung ohne Kenntnis der aktuellen Leitlinien. Empfehlung: lokale Kriseninterventionskontakte kennen und bereithalten.

Schritt	Formulierung
Suizidalität direkt ansprechen	„Ich mache mir Sorgen um Sie. Haben Sie Gedanken, sich etwas anzutun?“
Nicht bagatellisieren	„Haben Sie deshalb keine Angst, mich zu fragen“ – kein Gegenteil
Akuteinschätzung	Passiv (Wünsche) → aktiv (Pläne) → konkret (Mittel, Zeitpunkt)
Bei Hochrisiko	Notarzt / psychiatrische Notaufnahme – Patient nicht allein lassen
Bei mittlerem Risiko	Krisenplan vereinbaren, Notfallkontakt, Folgetermin

▶ SUIZIDALITÄTS-RED-FLAGS

- ▶ Konkreter Plan + Mittel vorhanden → sofortige psychiatrische Zuweisung
- ▶ Abschied nehmen, Dinge verschenken
- ▶ Plötzliche Ruhe nach langer Krise
- ▶ Vorgeschichte Suizidversuch

→ → [AWMF S3-Leitlinie Suizidalität](#) · → [Kap. 12 NURSE](#) · → [Kap. 31 Team-Debriefing](#)

Kapitel 27 — Videosprechstunde und digitale Kommunikation

Aspekt	Empfehlung
Geeignete Fälle	Folgeberatung, Ergebnisbesprechung, stabile chronische Erkrankungen
Nicht geeignet	Neue unklare Symptome, körperliche Untersuchung nötig, Krisengespräche
Besonderheiten	ICE/NURSE analog anwenden, Bild- und Tonqualität prüfen
Safety-Net	Klares Protokoll: bei technischem Problem → Rückruf innerhalb X Min.
Dokumentation	Wie bei Präsenzbesuch, inkl. Einwilligung Videoberatung

→ → [Kap. 2 7-Phasen](#) · → [Kap. 11 Safety-Net](#)

Kapitel 28 — Deprescribing- und Polypharmazie-Gespräche

Herausforderung	Formulierung
Medikament absetzen	„Dieses Medikament brauchen Sie nicht mehr, weil ... Ich erkläre, was sich verändert.“
Patient am Medikament hängt	„Was befürchten Sie, wenn wir es absetzen?“ – ICE zuerst
Komplexer Plan vereinfachen	Teach-back, schriftlichen Plan mitgeben, MFA involvieren

PRAXIS PEARL – Deprescribing

- ✓ Framing: „Wir vereinfachen Ihren Plan“ statt „Wir streichen ein Medikament.“
- ✓ Stufenweise absetzen, wenn möglich – Unsicherheit verringern.
- ✓ Angehörige einbeziehen bei Polypharmazie-Gesprächen.

→ → [Band 6 Multimorbidität](#) · → [Kap. 9 SDM](#)

TEIL V

Praxis-, MFA- und Teamkommunikation

Kapitel 29 — MFA-Telefon- und Empfangskommunikation

MFA als erster Kommunikationsfilter der Praxis

📌 Bedeutung der MFA-Kommunikation

MFA ist der erste Kontakt – und oft der emotionale Barometer der Praxis.
 Kernregel: MFA diagnostizieren nicht. MFA erkennen, wann eine ärztliche Entscheidung sofort nötig ist.

29.1 Telefontriage – Sofort-Eskalation

🚨 SOFORT ESKALIEREN BEI:

Brustschmerz · Atemnot · neurologisches Defizit (Lähmung, Sprachausfall)
 Starker Kopfschmerz akut · Verwirrtheit · Suizidäußerung
 Gewaltandrohung · schwere Sprachbarriere bei Notfall · Kind mit hohem Fieber < 3 Monate

29.2 Mikro-SBAR-Übergabe (MFA → Arzt)

📄 SBAR-FORMEL

S – Situation: „Herr M., 58 J., ruft wegen Brustdruck seit 2 Stunden an.“
 B – Background: „Raucher, bekannte Hypertonie.“
 A – Assessment: „Wirkt beunruhigt, schwitzt laut Eigenaussage.“
 R – Recommendation: „Bitte sofort entscheiden: Notarzt oder sofort kommen?“

29.3 MFA-Gesprächsregeln Empfang

Situation	MFA-Formulierung
Langer Wartezeit	„Es tut mir leid, es geht etwas länger. Kann ich Ihnen zwischenzeitlich etwas anbieten?“
Aggressiver Patient	Ruhig, Abstand, Team signalisieren, Grenzformel
Forderung nach Attest	„Das entscheidet der Arzt nach der Untersuchung.“
Datenschutz	Keine Auskunft über Patienten an Dritte ohne Einwilligung
Befundauskunft	Nur nach ärztlicher Freigabe

💡 PRAXIS PEARLS – MFA-Kommunikation

- ✓ Tone-Setting: Freundlicher Empfang senkt Aggressionsrisiko messbar.
- ✓ Wartende informieren: keine Silence-Gaps ohne kurze Erklärung.
- ✓ MFA-Beobachtungen sind klinische Informationen – aktiv an Arzt weitergeben.

Probeleseexemplar

✓ Sensible Informationen nie am offenen Empfangstresen besprechen.

→ → *Kap. 14 Aggression* · → *Kap. 30 Teamkommunikation* · → *Band 7 Praxisarchitektur*

Kapitel 30 — Teamkommunikation, Übergaben und interne Sicherheit

Thema	Empfehlung
Übergabe	SBAR-Format, immer mündlich + Dokumentation
Sicherheitsrelevante Beobachtung	MFA: sofort und direkt – nicht per Zettel
Rückruf-Management	Protokoll: wer ruft wann zurück, was wird mitgeteilt
Briefing/Debriefing	Tages-Briefing 5 Min.: Besonderheiten, Risikopatienten, Probleme
Fehlerkultur	CIRSmedical.de: Fehler melden ohne Sanktionsfurcht

→ → [Kap. 29 MFA](#) · → [Kap. 31 Resilienz](#) · → [Band 7 Praxisarchitektur](#)

Kapitel 31 — Teamresilienz und Burnout-Prävention

Psychohygiene als klinische Notwendigkeit

■ Burnout im Praxisteam: Risikofaktoren und Folgen

Häufigste Auslöser: Arbeitsverdichtung, mangelnde Kontrolle, fehlende Anerkennung, Wertekonflikte.

Folgen: Fehlerrate steigt, Empathie sinkt, Fluktuation nimmt zu, Patientenzufriedenheit sinkt.

Führungskultur ist entscheidend: Praxisinhaber kann Resilienz strukturell fördern oder behindern.

31.1 Burnout-Prävention: Strukturelle Maßnahmen

Bereich	Konkrete Maßnahme
Arbeitsorganisation	Pufferzeiten einplanen, Überstunden limitieren, Aufgabenrotation
Kommunikation	Offene Fehlerkultur, regelmäßige Teambesprechungen, kein Mobbing tolerieren
Supervision	Externe Supervision oder Balint-Gruppe anbieten
Anerkennung	Explizites Lob, Mitarbeitergespräche, Entwicklungsmöglichkeiten
Praxisinhaber	Eigene Erschöpfung benennen – Vorbildfunktion für Selbstfürsorge

31.2 Sofort-Debriefing nach kritischen Situationen

☑ TEAM-DEBRIEFING (5-Minuten-Format)

1. Was ist passiert? – sachliche Schilderung, ohne Schuld
2. Was hat gut funktioniert?
3. Was würden wir beim nächsten Mal anders tun?
4. Braucht jemand Unterstützung?
5. Was dokumentieren / melden wir?

💡 PRAXIS PEARLS – Resilienz im Praxisalltag

- ✓ Kollegiale Kommunikation schützt vor Burnout – Isolation ist ein Hauptrisikofaktor.
- ✓ Psychohygiene ist keine Schwäche – es ist Professionalismus.
- ✓ Pausen ernst nehmen: 5 Minuten ohne Bildschirm zwischen Sprechstundenblöcken.
- ✓ Balint-Gruppe: Hausärzte, die Balint nutzen, haben weniger Burnout (Literatur: Maier et al.).
- ✓ Selbstfürsorge-Formulierung: „Ich kann meinen Patienten nur helfen, wenn es mir gut geht.“

▶ BURNOUT-RED-FLAGS IM TEAM

- ▶ Häufige Fehlzeiten, Reizbarkeit, Rückzug
- ▶ Fehler häufen sich, Aufmerksamkeit sinkt
- ▶ Zynismus über Patienten: Dehumanisierungszeichen
- ▶ Praxisinhaber ignoriert Warnsignale bei sich selbst

TEIL VI

Implementierung, Tools und Qualität

Kapitel 32 — Patientenratgeber-Modul

„Gut vorbereitet ins Arztgespräch – was Patientinnen und Patienten tun können“

PATIENTENHANDOUT – Vorbereitung

VOR DEM TERMIN notieren:

- Mein Hauptproblem:
- Seit wann:
- Was macht es besser / schlechter:
- Was macht mir besonders Sorgen:
- Was möchte ich heute klären:

MITBRINGEN:

- Medikamentenplan • Allergiepass / Impfpass • Vorbefunde
- Fragenliste • ggf. Vertrauensperson

DIE 5 FRAGEN NACH EINER DIAGNOSE

1. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
2. Was sind Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten?
3. Wie wahrscheinlich sind Nutzen und Schaden?
4. Was kann ich selbst tun?
5. Was passiert, wenn ich nichts tue?

WENN SIE ETWAS NICHT VERSTANDEN HABEN:

- „Können Sie das bitte in einfacheren Worten sagen?“
- „Können Sie mir das bitte aufschreiben oder skizzieren?“
- „Ich fasse kurz zusammen, ob ich es richtig verstanden habe ...“
- „Wann und wie kann ich bei Fragen zurückrufen?“

NACH DEM TERMIN: Was habe ich verstanden? Was soll ich tun? Wann muss ich zurück?

WANN SOFORT MELDEN: [Hier notiert der Arzt konkrete Warnzeichen]

Hinweis: Dieser Ratgeber überträgt keine Verantwortung auf Patienten. Die Praxis bleibt verantwortlich für verständliche Aufklärung, sichere Diagnostik und klare Rückkehrregeln.

→ → [Kap. 10 Teach-back](#) · → [Kap. 11 Safety-Net](#)

Kapitel 33 — Pocket-Tools und Prompt-Bibliothek

33.1 Pocket-Karte: Jedes Gespräch sicher abschließen

⚡ QUICK REFERENCE

- Alle Anliegen gehört?
- Sicherheitsrelevantes gecheckt?
- Diagnose / Plan erklärt?
- Verständnis geprüft (Teach-back)?
- Safety-Net formuliert (Wenn X → dann Y → in Z)?
- Folgetermin / Rückkehrkriterium vereinbart?
- Dokumentiert?

33.2 Pocket-Karte: SPIKES

⚡ SPIKES POCKET

- S – Setting: Störungsfreier Raum, Sitzen, Begleitperson
- P – Perception: „Was wissen Sie schon?“
- I – Invitation: „Möchten Sie alle Details?“
- K – Knowledge: Warnschuss: „Es gibt leider eine ernste Nachricht ...“ + Pause
- E – Emotions: NURSE anwenden, nicht sofort weiter
- S – Strategy: Nächste Schritte, Folgetermin, Zusammenfassung

33.3 Pocket-Karte: NURSE

⚡ NURSE POCKET

- N – Name it: „Ich sehe, dass Sie sehr besorgt / aufgewühlt sind.“
- U – Understand: „Das ist verständlich in Ihrer Situation.“
- R – Respect: „Sie tragen das schon lange mit sich.“
- S – Support: „Ich bin hier. Wir schauen das gemeinsam an.“
- E – Explore: „Was beschäftigt Sie gerade am meisten?“

33.4 Pocket-Karte: Deeskalation / CALM-Logik

⚡ DEESKALATION

1. Ruhige Stimme, Abstand, Augenkontakt (kein Starren)
2. Anliegen hören: „Was ist passiert? Was brauchen Sie?“
3. Validieren: „Ich verstehe, dass Sie frustriert sind.“
4. Grenzformel: Ich verstehe [X]. Gleichzeitig gilt [Y]. Ich biete an [Z].
5. Bei Eskalation: Raum verlassen, Team alarmieren, 112 bei Bedrohung

33.5 Pocket-Karte: Teach-back

⚡ TEACH-BACK

„Damit ich weiß, ob ich es gut erklärt habe – können Sie mir bitte sagen, wie Sie das zu Hause machen werden?“

Reaktion auf Missverständnis:

„Ich habe das nicht gut erklärt – lassen Sie mich es anders formulieren.“
(Nicht: „Sie haben das nicht verstanden.“)

33.6 Prompt-Bibliothek (KI-Prompts für Hausärzte)

Zweck	Prompt-Vorlage (kürzen für eigenes Tool)
SPIKES vorbereiten	Ich bin Hausarzt. Ich muss einem Patienten [Diagnose] mitteilen. Er weiß noch nicht davon. Hilfe mir, das Gespräch nach SPIKES zu strukturieren. Patient: [Kurzprofil].
Schwieriges Gespräch	Ich habe eine schwierige Konsultation mit [Situation]. Analysiere mögliche Kommunikationsfehler und schlage bessere Formulierungen vor.
Einfache Sprache	Übersetze folgenden medizinischen Text in einfache Sprache (max. B1): [Text].
MFA-SOP erstellen	Erstelle eine Telefontriage-SOP für MFA bei folgendem Symptom: [Symptom]. Format: Fragen, Eskalationskriterien, Formulierungen.
Patientenhandout	Erstelle ein Patientenhandout zu [Diagnose/Medikament] in einfacher Sprache. Max. 1 Seite. Format: Erklärung, was zu tun ist, wann zurückrufen.

Kapitel 34 — Lückenanalyse und Qualitätsmodul

34.1 Erkannte Quellenlücken

Bereich	Quellenlage	Empfehlung
Suizidalität	Schwach in Uploads	S3-Leitlinie AWMF zwingend einbeziehen
Häusliche Gewalt	Partiell	S3-Leitlinie Häusliche Gewalt (AWMF)
AU-/Attestkonflikte	Nicht abgedeckt	KBV-Materialien, Virchowbund-Ressourcen
Videosprechstunde	Partiell	KBV-Telemedizin-Leitfaden, aktuelle Studien
Long-COVID-Kommunikation	Keine Quelle	Aktuelles RKI, Leitlinie Long-COVID
Diversität / Diskriminierung	Schwach	Migrationsmedizinische Leitlinien

34.2 Qualitätszirkel-Modul

Thema	Methode
Gesprächsreflexion	Balint-Gruppe: schwierige Fälle strukturiert besprechen
Skill-Training	Rollenspiele mit Feedback: SPIKES, NURSE, Deeskalation
Videoanalyse	Gespräche aufnehmen (mit Einwilligung) und gemeinsam analysieren
Fehlerkultur	CIRS-Fälle mit Kommunikationsbezug im Team besprechen
Patientenfeedback	Standardisierte Befragung nach Konsultation, Auswertung im Team

→ → *Band 7 Qualitätslogik* · → *KBV Qualitätszirkel Arzt-Patienten-Kommunikation*

Annex A — Spezialthemen-Matrix

Schnellreferenz: Situation → Kommunikationsherausforderung → Werkzeug

Situation / Gruppe	Kommunikationsherausforderung	Empfohlenes Werkzeug	Praxis-Tipp
Sprachbarriere	Anamnese/Aufklärung unsicher	Dolmetscher, Einfache Sprache, Teach-back	Sprachbedarf aktiv erfragen
Geringe Literalität	Scham, keine Rückfragen	Bilder, kurze Sätze, Normalisierung	„Wir gehen das zusammen durch“
Demenz	Einwilligungsfähigkeit, Angehörige	Leichte Sprache, Betreuer prüfen	Patient immer direkt ansprechen
Aggression	Eskalationsspirale	CALM-Grenzformel, Deeskalations-Ampel	Team vorher signalisieren
Schlechte Nachricht	Schock, Informationsblock	SPIKES + NURSE	Begleitperson anbieten
Funktionelle Beschwerden	Validierungsbedarf	ICE, Beschwerden validieren	„Ihre Beschwerden sind real.“
Kinder/Jugendliche	Triadisch, Vertraulichkeit	Direkte Ansprache, vertraulicher Raum	Jugendliche zuerst befragen
Onkologie	Hoffnung vs. Realismus	SPIKES, Zielbesprechung	Schriftliche Zusammenfassung
Impfzögerer	Überzeugungsresistenz	MI, eigene Empfehlung klar aussprechen	Nicht debattieren – explorieren
Häusliche Gewalt	Scham, Loyalität, Gefahr	Allein-Befragung, direkte Frage	Forensische Dokumentation
Polypharmazie	Komplexität, Adhärenz	Ask-Tell-Ask, Teach-back, SDM	„Wir vereinfachen Ihren Plan“
AU-Konflikt	Forderung, Erwartung	Grenzformel, sachliche Erklärung	Nie in Streit geraten
Suizidalität	Offenheit, Einschätzung	Direkte Frage, Risikokategorie	Bei Hochrisiko: nicht allein lassen

Annex B — Bibliographie und Quellenstatus

■ Redaktionshinweis zur Bibliographie

Die Kernquellen wurden als PDF-Uploads analysiert. URLs und vollständige Vancouver-Metadaten wurden soweit möglich aus den Quellen extrahiert. Vor finaler Veröffentlichung: URLs einzeln prüfen.

Kernquellen

Nr.	Quellenangabe
1	Ärzttekammer Nordrhein / SAMW. Kommunikation im medizinischen Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein; 2015. URL: https://www.aekno.de (aktualisiert 2025)
2	Weis J, Giesler JM. Patientenorientierte Kommunikation in der Onkologie. CME-Fortbildung. Dtsch Arztebl; 2023.
3	KBV. Qualitätszirkel Arzt-Patienten-Kommunikation – Modul für Moderierende. Berlin: KBV; 2025. URL: https://www.kbv.de
4	arztCME. Sprachliche und kulturelle Vielfalt in der Hausarztpraxis. CME-Fortbildung; 2024.
5	Richter-Kuhlmann EA. Kommunikation in der Arztpraxis. Dtsch Arztebl. 2019;116(9).
6	Wertschätzende Patientenkommunikation. Thieme/Springer Fachliteratur; 2023. (Herausgeber aus Upload nicht vollständig ableitbar – bitte prüfen)
7	Burnout im Praxisteam vermeiden. Medizinonline; 2023/2024. URL: https://medizinonline.com (Titel aus Upload)
8	Medizinische Psychologie: Arzt-Patient-Kommunikation. Lehrbuch; Auflage aus Upload nicht ableitbar. Bitte prüfen.
9	Teickner B et al. Heidelberger Standardgespräche. GMS J Med Educ. 2019. DOI: 10.3205/zma001230
10	Phelan M, Parkman S. Work with an interpreter. BMJ. 1995;311:555.

URL-Tabelle	Link (bitte vor Veröffentlichung prüfen)
Ärzttekammer Nordrhein Leitfaden	https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/2025/leitfaden-kommunikation-2025-10.pdf
KBV Qualitätszirkel	https://www.kbv.de/documents/praxis/tools-und-services/qz/arzt-patienten-kommunikation/
Patientenentscheidungshilfen	https://www.patientenentscheidungshilfen.de
CIRSmedical	https://www.cirsmedical.de
Sprachmittlerpool	URL nicht sicher aus Upload ableitbar – bitte prüfen
S3-Leitlinie Suizidalität	https://www.awmf.org – bitte aktuell prüfen

QUICK REFERENCE

⚡ QUICK REFERENCE

TOP-10-KERNPUNKTE FÜR DEN ALLTAG:

1. Kein Gespräch ohne Agenda Setting – Triage beginnt mit dem ersten Satz.
2. Beziehung ist Arbeitsgrundlage, nicht Dekoration.
3. Die Anamnese ist Gesprächsführung, nicht nur Datensammlung.
4. Keine Aufklärung ohne Verständnisprüfung (Teach-back).
5. SDM bei präferenzsensitiven Entscheidungen – Evidenz + Patientenwerte.
6. Emotion vor Information: NURSE vor Faktenflut.
7. Schlechte Nachrichten nie improvisieren: SPIKES/BAD nutzen.
8. Sprachbarrieren und geringe Literalität sind klinische Sicherheitsrisiken.
9. Konflikte brauchen Deeskalation UND klare Grenze.
10. Kommunikation ist Teamprozess: MFA, Übergabe, Resilienz.

LEITFORMEL:

Anliegen hören — Bedeutung klären — Entscheidung teilen — Verlauf sichern

💎 COMMUNICATION PEARL

Kommunikation ist in der Hausarztmedizin kein weicher Faktor – sie ist ein klinischer Sicherheitsmechanismus.

→ → [Band 1 Entscheidungsarchitektur](#) · → [Band 2 Rational Diagnostizieren](#) · → [Band 3 Praxis-Pearls](#) ·
→ [Band 4 Patientenmanagement](#) · → [Band 6 Polypharmazie](#) · → [Band 7 Praxisarchitektur](#)