



Film und Begleitheft wurden vom Projekt *IQmed MV* der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, im Rahmen eines Teilprojekts im Förderprogramm IQ, entwickelt. Der Filmdialog basiert auf einer Fallbeschreibung aus dem Simulationspatientenprogramm der Charité Universitätsmedizin Berlin.

[www.mecklenburg-vorpommern.netzwerk-iq.de](http://www.mecklenburg-vorpommern.netzwerk-iq.de)  
[www.aek-mv.de](http://www.aek-mv.de)

**Insult - Film und Begleitheft**  
IQmed MV - Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte

 Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“

 Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“

**Mitwirkende**

Lorenz Liebold	Arzt
Steffen Schreier	Patient
Jan Klonowski	Produktionsleiter
Karsten Kranzusch	Regisseur
Eddy Zimmermann	Kameramann
Jannik Matern	Licht- und Kameraassistent
Moritz Busch	Tonmeister
Anne Marie Müller	Maskenbildnerin
Dr. Christiane Frenz	med. Beratung
Dr. Gernot Rücker	med. Beratung und med. Ausstattung

## Impressum

Herausgeber:  
Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
August-Bebel-Straße 9a  
18055 Rostock  
www.aek-mv.de  
www.mecklenburg-vorpommern.netzwerk-iq.de



ÄRZTEKAMMER MECKLENBURG-VORPOMMERN  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Redaktion:  
Danny Bever, Martha Damus, Pia Köhn, Anna Lenk  
„IQmed MV – Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte“  
Email: iqmed@aek-mv.de

Layout:  
Martha Damus, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Fotos:  
Seite 1: Danny Bever (Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern),  
Umschlag außen: Silke Paustian; Umschlag innen: www.bigstockphoto.com,  
Autor: Sashkin; sowie Screenshots aus dem Film

Quellennachweis:  
Lernzielkatalog, [http://www.nklm.de/files/nklm\\_final\\_2015-07-03.pdf](http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf)

2018

Alle in dieser Publikation bzw. im Film enthaltenen Textbeiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheber- bzw. Nutzungsrecht liegt beim Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ oder den jeweils gekennzeichneten Autorinnen oder Autoren, Agenturen, Unternehmen, Fotografinnen oder Fotografen und Künstlern. Jede Veröffentlichung, Übernahme, Nutzung oder Vervielfältigung von Texten, Bildern oder anderen Daten bedarf der schriftlichen Zustimmung durch das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ oder des jeweiligen Rechteinhabers.

Das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.



Zusammen.  
Zukunft.  
Gestalten.

In Kooperation mit:



## Film Insult

### Datenträgerverzeichnis

Clips:	Länge:
<b>Film Insult</b>	<b>00:07:44</b>
<b>AlternativeSzene#1</b>	<b>00:00:12</b>
<b>AlternativeSzene#2</b>	<b>00:00:24</b>
<b>Clip#3</b>	<b>00:00:10</b>
<b>Clip#4</b>	<b>00:00:06</b>
<b>Clip#5</b>	<b>00:00:21</b>
<b>Clip#6</b>	<b>00:00:06</b>



## Vorwort – von der Idee zum Film

Bereits in der frühen Konzeptionsphase unseres IQ Projekts *Sprachliche Qualifizierung für ausländische Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern* der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wurde klar, dass – aufgrund der zu diesem Zeitpunkt äußerst überschaubaren Materiallage für medizinische Fachsprachkurse auf dem Niveau C1 – die Entwicklung eigener Lehr- und Lernmaterialien oberste Priorität haben muss.

Gerade im filmischen Bereich blieben jedoch längere Zeit Wünsche offen –

vor allem, was die Verwertbarkeit im Kontext eines Kommunikationstrainings mit Nicht-Muttersprachlern betrifft.

Mit unserem Film möchten wir einen Unterrichtsbeitrag leisten, der im methodisch-didaktischen Bereich eine Vielzahl von Verwendungsmöglichkeiten bietet. Um den Zugriff auf den Film zu erleichtern, ist dieses Begleitheft entstanden. Hier finden sich ein kommentiertes Transkript sowie die Lernziele, die erreicht werden sollen.

Ergänzende Materialien, wie Unterrichtsentwürfe, Arbeitsblätter und Kopiervorlagen des Transkripts für die Teilnehmenden, stehen online unter [www.aek-mv.de/iqmed](http://www.aek-mv.de/iqmed) zum Download im PDF-Format zur Verfügung.



Der Kurzfilm „Insult“ zeigt drei Gesprächssituationen aus dem Klinikalltag – ein Aufnahmegespräch, die anschließende körperliche Untersuchung und schließlich die Befundbesprechung. Idealerweise sollte der Film zunächst auch gesprächsabschnittsweise behandelt werden.

Die dem Titel innewohnende Doppeldeutigkeit gibt bereits Aufschluss über Inhalt beziehungsweise Art und Weise der Gesprächsführung: „Insult“ also zum einen als medizinische Bezeichnung für einen Anfall und zum anderen als Umschreibung für die nicht gerade empathisch angelegte Figurenzeichnung des Arztes. Seine Handlungsweise ist in Teilen diskussionswürdig, bleibt aber durchaus realistisch. Die technische Professionalität – sowohl der ärztlichen Handgriffe als auch der filmischen Qualität

– sorgt dafür, dass die Kursteilnehmenden nicht abgelenkt werden und somit der Fokus ungestört auf das kommunikative Handlungsfeld gelegt werden kann.

Die Verhaltensweisen lassen hier auf verbaler, nonverbaler und paraverbaler Ebene Spielräume für Diskussionen und Interpretationen (auch im interkulturellen Kontext) zu.

Unser besonderer Dank gilt der International Academy der Charité Berlin (ChIA) für die Fallidee, dem RoSaNa (Rostocker Simulationsanlage und Notfallausbildungszentrum) der Universitätsmedizin Rostock für die Bereitstellung der Räumlichkeiten und seinem Leiter Dr. Rücker sowie Frau Dr. Frenz für die medizinische Beratung, dem Rabauke-Filmteam für die professionelle Prozessbegleitung und kreative Umsetzung sowie allen Unterstützern und Förderern des Projekts IQmed MV – Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte.

Wir wünschen Ihnen anregende und interessante Unterrichtseinheiten mit diesem Kurzfilm.

Rostock, im Jahr 2018



## I. Kommentiertes Transkript

Arzt (A)	Dr. med. Harald Günther, Klinikerarzt, 42 Jahre alt
Patient (P)	Markus Bertelsmann, Verwaltungsangestellter, 55 Jahre alt

### 1. Szene Das Aufnahmegespräch

**Filmminute:**  
**(00:00 – 03:05)**

**A:**  
Guten Tag. Kommen Sie herein  
und setzen Sie sich ...

Ich mache die Aufnahme mit  
Ihnen.

**P:**  
Ja ... danke.

Der Arzt sollte natürlich den Patienten etwas offener und weniger abgelenkt in Empfang nehmen, also beispielsweise aufstehen, um mit dem Patienten auf Augenhöhe zu sein und erhöhte Empfangs- und Gesprächsbereitschaft zu signalisieren.

Der Patient versucht seinerseits einen Handschlag, was aber (möglicherweise) übersehen wird. Ein absichtliches Ignorieren wäre hier ein allzu großer Affront. Viele Ärzte vermeiden allerdings aus rein hygienischen Gründen das in Deutschland verbreitete Händeschütteln, was jedoch, falls der Patient einen Handschlag einfordert, natürlich wenigstens thematisiert werden sollte.

<p><b>A:</b> Sie sind Herr ... äh ... Bertelsmann ... 55 Jahre?</p>	<p>Möglicher Diskussionsansatz hier: bessere Gesprächsvorbereitung (vorheriges Lesen der Akte).</p>
<p><b>P:</b> Ja.</p>	
<p><b>A:</b> Mhm. So ... äh ... Sie arbeiten als ...?</p>	
<p><b>P:</b> Ich bin Verwaltungsangestellter. Seit 26 Jahren.</p>	
<p><b>A:</b> Ja.</p> <p>Ihr Hausarzt hat Sie zu mir geschickt, weil Sie gestern Abend Probleme hatten. Erzählen Sie mal.</p>	<p>Eine den Patienten möglicherweise irritierende, da zu lange Pause.</p> <p>Der Arzt ist zunächst etwas weit nach hinten gelehnt, wirkt distanziert. Später besser, zugewandter, lehnt sich weiter nach vorn, macht sich Notizen.</p>
<p><b>P:</b> Na ja, also ... gestern Abend war meine rechte Hand so komisch, so schlapp irgendwie. Und die linke Seite hing hier so runter. Ich hab` das beim Zähneputzen beim [im] Spiegel bemerkt und bin heute früh auch nicht zur Arbeit, sondern gleich erstmal zum Arzt.</p>	

**A:**

Mhm. Das ist aber wieder vorbei?

**P:**

Nach einer halben Stunde war das wieder gut, ja.

**A:**

Mhm. Haben Sie noch etwas anderes an sich bemerkt?

**P:**

Ja, das Sprechen war auch verändert. Meine Frau hat schon gefragt, ob ich was getrunken hätte.

**A:**

Aber das hatten Sie nicht?

**P:**

Nein!

**A:**

Sie trinken aber sonst schon gern mal ´n Gläschen?

Problem: Der Arzt signalisiert, dass er glaubt, die Antwort zu kennen. (Suggestivfrage) Besser wäre eine offener angelegte Fragestruktur. (Vgl. alternative Szene #1)

### **Alternative Szene #1**

**A:**

Trinken Sie denn Alkohol?

**P:**

Ja ... aber nicht mehr als andere.

**A:**

Das heißt?

**P:**

Na ... ein, zwei Gläschen Rotwein am Abend. Soll ja gesund sein.

**A:**

Ja, das würde ich so nicht unterschreiben.

Rauchen Sie denn auch?

Aus medizinischer Sicht verständlich, jedoch in der Art und Weise nicht um Compliance bemüht.

**P:**

Ja, aber weniger als früher!

**A:**

Können Sie mir das noch genauer erläutern?

Positiv: Der Arzt belässt es nicht dabei, sondern erfragt bei den Noxen entsprechende (auch frühere) Mengen.

**P:**

Ich hab` vor 20 Jahren angefangen. Und bis vor drei Jahren war das schon mal eine Schachtel am Tag. Aber seitdem nur noch acht bis zehn täglich.

**A:**

Ja, sie wissen sicher selbst, dass das nicht gut für Sie ist.

Aus medizinischer Sicht verständlich, jedoch allzu schulmeisterlich-belehrend. Bereits eine Veränderung im Tonfall würde ausreichen, um für eine verbesserte Gesprächsführung zu sorgen.

**P:**

Ja, jetzt klingen Sie wie meine Frau.

Hier ist die Deutung relativ offen. Einerseits kann diese Äußerung als Versuch eines Scherzes gewertet werden, um die Atmosphäre ein wenig aufzulockern. Andererseits könnte der Patient damit versuchen, von sich abzulenken beziehungsweise den Arzt und seine (vorhersehbare) vernunftorientierte Sichtweise herauszufordern.

**A:**

Da ist Ihre bessere Hälfte wohl etwas gesundheitsbewusster ...

Das darf man natürlich denken, aber im Sinne einer positiven und konstruktiven Gesprächsatmosphäre sollte die Antwort entweder als augenzwinkernde Frage formuliert werden oder etwa so lauten: „Ihre Frau sorgt sich also um Ihre Gesundheit?“ „(Ihre) Ernährung ist bei Ihnen also durchaus ein Thema?“ Der Ausdruck „bessere Hälfte“ ist nicht jedem Kurs teilnehmenden geläufig und sollte geklärt werden.

Wie sieht es denn mit Ihrer Ernährung aus?

**P:**

Also, meine Frau kocht immer so gesunde Sachen. Die schmecken ja oft sehr gut, aber gesund ... also satt machen die mich nicht.

Problem: Der Arzt geht nicht darauf ein, fragt nicht weiter nach. Er würde so beispielsweise erfahren, dass der Patient auswärts deftig und fettig isst. Dies kann auch im Nachhinein thematisiert werden, wenn das Blutbild hohe Blutfettwerte zeigt. Besser wäre es also nachzufragen.

(Vgl. alternative Szene #2)

### **Alternative Szene #2**

**A:**

Sie sagen, Sie werden zu Hause nicht satt. Was machen Sie denn dann?

**P:**

Ja, ich will meine Frau nicht beleidigen. Dann geh` ich einkaufen und dann eben in ein Restaurant ... viel Fleisch ... deutsche Küche, so.

**A:**

Auf Arbeit sitzen Sie ja viel!? Fahren Sie denn mit dem Auto zur Arbeit?

**P:**

Ja, das wär` sonst viel zu weit.

**A:**

In welcher Etage ist denn Ihr Büro?

**P:**

In der sechsten, aber zum Glück gibt's einen Fahrstuhl. Der war neulich kaputt. Das war ´n Ding!

Der patientenseitige Versuch, über einen Scherz die Stimmung zu heben, läuft hier ins Leere. Das ist eine Stelle, die eine deutliche kommunikative Störung zeigt. Im Hinblick auf eine für die optimale Betreuung notwendige Compliance wäre ein ebenso deutlich empathischeres Verhalten seitens des Arztes notwendig. Auf die Bereitschaft des Patienten, im späteren Verlauf tiefgreifende Veränderungen des Lebensstils vorzunehmen und entsprechende ärztliche Ratschläge anzunehmen, hat ein solches Verhalten keinen günstigen Einfluss.

**A:**

Gut. Also, sie hatten eine Schwäche an der rechten Hand sowie eine herunterhängende linke Gesichtshälfte ... Vermutlich ein vorübergehender ischämischer Insult.

Gut ist hier die Zusammenfassung der wichtigen Erkenntnisse zur Symptomatik, um die Anamnese abzuschließen und den nächsten Schritt einzuleiten. Spätestens das anschließende Signal des Patienten müsste jedoch dafür sorgen, dass der Arzt die Verdachtsdiagnose noch einmal in patientengerechter Sprache erläutert, um dann zur körperlichen Untersuchung überzuleiten. Er könnte also sagen: „Es deutet einiges darauf hin, dass Ihr Gehirn kurzzeitig nicht optimal mit Blut versorgt wurde (und Sie so einen vorübergehenden Schlaganfall (Hirnfarkt) erlitten haben). Doch ich möchte Sie zunächst erst einmal (körperlich) untersuchen.“

**P:**  
Hm?

**A:**  
Ich werde Sie jetzt mal kurz untersuchen. Gehen Sie schon mal rüber und setzen Sie sich auf die Liege.

**P:**  
Na denn.

## 2. Szene

### Die körperliche Untersuchung

(03:06 – 06:40)

**A:**  
Ich werde jetzt erstmal Ihren Blutdruck messen. Ähm ...

Oha! Sie nehmen doch regelmäßig Ramipril ein?

**P:**  
Sie meinen die Blutdruckpillen?  
Na ja, manchmal vergesse ich die schon.

**A:**  
Das sollten Sie versuchen besser hinzubekommen. Das kann sonst schwerwiegende Folgen haben.

Auch bei untersuchungserfahrenen Patientinnen und Patienten sollten die Anweisungen wenigstens ansatzweise formuliert werden.

Im Anschluss an die Messung werden für gewöhnlich die Werte angesagt. In diesem Fall beispielsweise 170/90 mmHG.

So ... schließen Sie mal die Augen ... und öffnen. ... Andere Seite ... öffnen.

Ja ... dann pusten Sie mal bitte die Backen auf, so wie 'n Trompeter ... mhm.

Zähne zeigen ... mhm.

Und mal die Zunge raustrecken ... mhm.

Und ... äh ... kräuseln Sie mal die Stirn ... mhm. Und ... können Sie mir noch was pfeifen? Ein Liedchen?

**P:**  
(pfeift)

**A:**  
Danke.

So ... äh ... jetzt können Sie mir mal sagen, ob Sie was spüren jetzt gleich, ja?

Der Patient geht unvorbereitet in diese Untersuchungsphase. Ein kurzer Hinweis auf die Art und Weise bzw. den Zweck der Untersuchung wäre hier angebracht, z. B.: „**Ich werde jetzt (mit dieser kleinen Taschenlampe) Ihre Pupillen testen.**“ (Lichtreaktion)

Ein etwas holpriger Übergang zur nächsten Untersuchung.

P:  
Ja.

A:  
Mhm.

P:  
Joa.

A:  
Genauso?

P:  
Jaja.

A:  
Gut, dann bitte ich Sie mal kurz noch, meine Hände zu greifen. So, genau. Ganz fest zudrücken. Ja, gut, gut, gut.

Mhm. Und, dann werd` ich jetzt nochmal die Reflexe überprüfen, nochmal die Ärmel hoch. ... Ja, reicht. Mhm. Locker ablegen. Mhm. Andere Seite, locker ablegen. Locker. Mhm. Die Beine mal überschlagen. Mhm. Andere Seite. Joa. Können Sie die Ärmel wieder runtermachen.

Das Ausschütteln der Hände wirkt hier mindestens unprofessionell. An dieser Stelle lohnt sich ein Exkurs bezüglich der gebotenen Neutralität in der Mimik und Gestik während der körperlichen Untersuchung, auch wenn es unangenehm wird (beispielsweise wegen übler Gerüche oder anderer Unannehmlichkeiten).

**P:**

Können Sie denn schon was sagen?

**A:**

Ja, soweit ist alles in Ordnung, aber Ihr systolischer Wert ist zu hoch. Es scheint so, als hätten Sie tatsächlich eine vorübergehende ischämische Attacke gehabt. Wir werden jetzt noch Blut abnehmen, ein EKG machen und dann eine Ultraschalluntersuchung Ihrer Halsschlagadern.

Es wäre üblich, dass der Arzt den Patienten direkt im Anschluss an die körperliche Untersuchung über Befunde und ggf. weitere (differenzialdiagnostische) Untersuchungen aufklärt. Die Frage des Patienten kommt so schnell, dass nur vermutet werden kann, ob der Arzt das von sich aus tatsächlich auch gemacht hätte. Auch hier ist lediglich die Verwendung von Fachtermini zu kritisieren. Spätestens mit der nächsten Nachfrage signalisiert der Patient, dass die Lage für ihn noch sehr unübersichtlich ist.

**P:**

’s ist doch so ernst, ja?

Dem Patienten wird nun allmählich bewusst, welche Tragweite dieses Ereignis hat. Es besteht der Wunsch nach Aufklärung, ärztlicher Einschätzung oder auch Beruhigung.

**A:**

(nickt)

Das anschließende Nicken ist vieldeutig und so wird der Patient mit einer für ihn sehr ernsten Situation in jeder Hinsicht alleingelassen: Es folgen keine weiteren Erläuterungen, der Arzt wendet sich wortlos ab und geht.

### 3. Szene

#### Die Befundbesprechung

(06:41 – 07:41)

**A:**

So, ich habe gerade Ihre Ergebnisse bekommen. Das EKG ist unauffällig, das Blutbild auch, bis auf erhöhte Blutfettwerte.

Der Ultraschall ergab zudem eine 30-prozentige Stenose der linken Halsarterie.

**P:**

Das hört sich jetzt aber nicht gut an ...

**A:**

Lassen Sie mich das mal so formulieren: Das, was Sie da erlebt haben, war ein Warnschuss Ihres Körpers. Das war die Vorstufe eines Schlaganfalls.

**P:**

Oh Gott!

**A:**

Wenn Sie so weitermachen, wird der Ihnen auch nicht helfen können ...

Im Rückgriff auf die erste Szene (Arzt geht nicht auf Patienten ein, fragt nicht nach, was er macht, wenn er nicht satt wird) wird hier die Konsequenz deutlich.

Auch hier fehlt wieder die Erläuterung der Fachbegriffe.

Dieser Paukenschlag am Ende des Films wird bewusst gesetzt, um den Anlass zu einem regen Austausch zu geben. Zum Abschluss lehnt sich der Arzt wieder nach vorn, was darauf hinweisen soll, dass das Gespräch an dieser Stelle noch nicht beendet ist.

## II. Lernziele

Die Grundlage für unsere Lernziele bilden Kompetenzen, die – abgeleitet von der CanMEDS-Rolle des „Kommunikators“ – im "Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin" wie folgt formuliert sind:

### Ärztinnen und Ärzte ...

erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf [...] an und wissen, dass Kommunikation erlernbar ist.

gestalten eine vertrauensvolle und wertschätzende Arzt-Patienten-Beziehung und beherrschen eine professionelle Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben.

erkennen intensive oder belastende Emotionen bei Patientinnen und Patienten und können damit empathisch umgehen, ohne die eigenen Grenzen aus den Augen zu verlieren.

kennen die typischen, sensiblen Themenfelder und herausfordernden klinischen Kontexte im ärztlichen Beruf und besitzen spezifisches kommunikatives Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, um situations- und patientenangemessen zu handeln und

nehmen somit einen positiven Einfluss auf die Patientensicherheit und -zufriedenheit, auf die Therapietreue und das Behandlungsergebnis.

gestalten ihr kommunikatives Handeln durch den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien auch in herausfordernden klinischen Kontexten und Konstellationen erfolgreich.

gestalten ihre Kommunikation auch in emotional herausfordernden Situationen angemessen.

können indizierte Verhaltensänderungen durch ein grundlegendes Wissen über entsprechende Beratungs- und Therapiemöglichkeiten unterstützen.

kennen allgemeine theoretische Grundlagen der Kommunikation.

kennen unterschiedliche Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation und die unterschiedlichen Auswirkungen von patienten- und arztzentrierter Kommunikation und können diese anwenden.

wissen um den Einfluss der Arzt-Patienten-Kommunikation auf Sicherheit, Adhärenz, Outcome, Lebensqualität, Konflikte, Bewältigungsstrategien und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten.

beherrschen Techniken der systematischen und strukturierten Informationssammlung.

### Lernziele:

-  Sicherung kommunikativer Mindeststandards bei der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und in Befundgesprächen
-  Verbesserung der kommunikativen Kompetenz in verbaler, nonverbaler und paraverbaler Hinsicht (Stichwort: Empathie)
-  Sensibilisierung für die Unterschiede in den Rollen und die wichtigen, vor allem kommunikativen Kompetenzen der Arztrolle
-  Verbesserung des Verständnisses für mögliche Folgen misslingender Kommunikation

### Diese werden durch die folgenden Lerninhalte und Methoden erreicht:

-  Identifizierung und Bewertung von kommunikativen Störungselementen mit Hilfe entsprechender Arbeitsaufträge (Arbeitsblätter)
-  einen praktischen Abgleich mit Kommunikationsmodellen, z. B.: Kommunikationsquadrat (4-Ohren-Modell) von Schulz von Thun, Konzept des aktiven Zuhörens
-  Bewertung des Gesprächs mit interkulturellem Vergleich
-  praktisches Training durch Rollenspiele / Lesen in verteilten Rollen unter Berücksichtigung der entwickelten kommunikativen Standards und der oben beschriebenen Lernziele