Aus dem Institut für Medizinische Lehre IML, Universität Bern
Direktorin: Prof. Dr. phil. Sissel Guttormsen
Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. phil. Sissel Guttormsen,
Dr. med. Adrian Göldlin & Dr. med. Ulrich Woermann

Cinemeducation: Entwicklung eines E-Learnings zur Anamneseerhebung

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Humanmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Bern

vorgelegt von

Bürki Fabian Max
von Radelfingen BE

Originaldokument gespeichert auf dem Webserver der Universitätsbibliothek Bern

Dieses Werk ist unter einem

Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 2.5 Schweiz Lizenzvertrag lizenziert. Um die Lizenz anzusehen, gehen Sie bitte zu http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/ oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

source: https://doi.org/10.24442/boristheses.838 | downloaded: 4.7.2025

Urheberrechtlicher Hinweis
Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 2.5 Schweiz.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/

Sie dürfen:

dieses Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen

Zu den folgenden Bedingungen:

Namensnennung. Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt).

Keine kommerzielle Nutzung. Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden.

Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/legalcode.de

Von der Medizinischen Fakultät der Universität Bern auf Antrag der Dissertationskommission als Dissertation genehmigt.

Promotionsdatum:

Der Dekan der Medizinischen Fakultät

Begleitbericht zur Medien-Dissertation

Das Lernprogramm ist online auf der Lernplattform ILIAS der Universität Bern (https://ilias.unibe.ch) unter „Magazin – Medizinische Fakultät – Doktoratsarbeiten in der Medizinischen Fakultät – Cinemeducation: Einführung in die Anamnese“ abrufbar oder auf der dieser Arbeit beiliegenden CD mit leicht verändertem Erscheinungsbild.

Inhaltsverzeichnis:

1. THEMENWAHL 3

1.1 HINTERGRUND 3

1.2 CINEMEDUCATION 4

1.3 ZIELE DER ARBEIT 5

1.4 ÄHNLICHE PROJEKTE 5

2. AUSRICHTUNG UND POSITIONIERUNG DES LERNPROGRAMMS 7

2.1 ZIELPUBLIKUM 7

2.2 LERNZIELE 7

2.3 DAS AKTUELLE ANAMNESE-CURRICULUM 8

2.4 INTEGRATION INS CURRICULUM 10

3. THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER ANAMNESE 11

3.1 DIE REFERENZ: „ANAMNESE UND KLINISCHE UNTERSUCHUNG“ VON FÜEßL UND MIDDEKE 11

3.2 AUFBAU 11

3.3 MODELLE DER KOMMUNIKATION 12

3.4 AUS DEN EHEMALIGEN LEHRVERANSTALTUNGEN ZUR ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION 14

3.4.1 GESPRÄCHSTECHNIK: WARTEN, WIEDERHOLEN, SPIEGELN, ZUSAMMENFASSEN 14

3.4.2 DIE ERSTEN 3 MINUTEN NICHT UNTERBRECHEN 15

3.5 UMGANG MIT DEM COMPUTER BEI DER ANAMNESE 15

4. ERSTELLUNG DES E-LEARNING MODULS 18

4.1 DIDAKTISCHES KONZEPT 18

4.2 TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN 19

4.2.1 Hardware 19

4.2.2 Software 20

4.3 EINARBEITUNG IN ILIAS 20

4.4 ERSTELLUNG VON MODUL 1: "EINFÜHRUNG IN DIE ANAMNESE" 21
4.4.1 QUELLEN *21*
4.4.2 VIDEOMATERIAL *21*
4.4.3 VORGEHEN *22*
4.4.2 TESTLAUF MIT STUDENTEN *22*
4.4.3 FACHLICHE ÜBERPRÜFUNG *23*
4.5 SPEZIELLE ASPEKTE 24
4.5.1 GENDER WORDING *24*
4.5.2 ANREDE *24*
4.5.3 UNTERTITEL *25*
4.5.4 TABLETS & BILDSCHIRMAUFLÖSUNG *25*
4.5.5 UNTERHALT DES E-LEARNINGS *27*
4.6 FERTIGSTELLUNG 28
5. PRODUKTIONSAUFWAND 29
5.1 ZEITLICHER AUFWAND 29
5.2 MATERIELLER AUFWAND 29
6. RÜCK- UND AUSBLICK 29
6.1 RÜCKBLICK 29
6.2 AUSBLICK 30
6.3 DANK 30
7. LITERATURVERZEICHNIS 31
8. ANHANG 35
8.1 DIDAKTISCHES KONZEPT 35
8.2 BERICHT ZUM TESTLAUF VOM 08.04.2016 38
8.3 FACHLICHE ÜBERPRÜFUNG 42
8.4 TIMECODES 47
9. ERKLÄRUNG 82

1. THEMENWAHL

1.1 HINTERGRUND

Die universitäre Ausbildung in Medizin existiert in Europa etwa seit dem 12. Jahrhundert.[1] Seitdem führten naturwissenschaftliche und technische Entwicklungen wie auch gesellschaftliche Veränderungen und Wertehaltungen zu einem steten Wandel des Medizinstudiums.

Insbesondere im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation hat sich das Curriculum in den letzten Jahren stark verändert. Wurde früher der Kommunikation mit dem Patienten nur ein geringer, bis sogar gar keinen, Stellenwert zugeschrieben, so wird heute die weitreichende Bedeutung der Krankengeschichte und des Informationsaustausches mit dem Patienten immer mehr erkannt. Die Anerkennung der Wichtigkeit der Patienten-zentrierten Kommunikation spielt hier sicherlich eine Schlüsselrolle.[2]

Es werden heute an vielen Universitäten personal- und somit auch kostenintensive Kurse mit Patienten[3], Schauspielpatienten[4,5,6,7], ja gar Telefonschauspielpatienten[8] angeboten.

Weil die Anamnese, also die Erhebung der Krankengeschichte, ein sehr wichtiger Teil der Arzt-Patienten-Kommunikation ist, wurde in den vergangenen Jahrzehnten auch intensiv Forschung in diesem Bereich betrieben. So wurde von Sandler 1979 gezeigt, dass die Anamnese sehr entscheidend für Diagnose und Therapie ist.[9] Die Wichtigkeit der Anamnese wurde zudem bereits durch diverse weitere zusammengetragene Publikationen vom Autor in einer früheren Arbeit dargelegt.[10] Es kann deshalb gesagt werden, dass die Anamnese das wichtigste Werkzeug des Arztes/der Ärztin ist, welches er/sie früh erlernen und durch stetiges Üben fortlaufend verbessern muss.

Den Anstoss für diese Arbeit machte Dr. med. Mireille Schaufelberger, damals Leiterin des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM). Zum einen bemerkte sie bei den mündlichen Prüfungen der Medizinstudierenden ein Defizit in den Fähigkeiten der Anamneseerhebung, zum anderen vernahm sie auch von Hausärztinnen und Hausärzten, welche in ihren Praxen Medizinstudierende ausbildeten, dass das Wissen um die Anamneseerhebung teilweise sehr gering war.

Deshalb wollte sie eine Lerneinheit für die Studierenden schaffen, welches dieses Defizit behebt und zugleich auch neue Impulse in der Lehre an der Universität Bern gibt.

So sollte die immer beliebter werdende Cinemeducation[a] als Mittel der Wahl eingesetzt werden um die Studierenden des Bachelorstudienganges an das Thema der Anamnese heranzuführen. Dies sollte auch der Tatsache Rechnung tragen, dass die Jugendlichen und so auch die Medizinstudierenden heutzutage immer mehr Filme und Serien konsumieren und so besser an einem von ihnen bekannten Ort, der Unterhaltungswelt, abgeholt werden können.

Da ich selbst film- & serienbegeistert bin und mich auch gerne mit Videobearbeitung auseinander setze, sah ich in dieser Arbeit eine ideale Kombination aus mehreren meiner Leidenschaften. So habe ich mich bereits in meiner Masterarbeit[10] unter der Leitung von Prof. Dr. med. Andreas Stuck mit der Betreuung von Dr. med. Mireille Schaufelberger und Dr. med. Adrian Göldlin mit dem Thema Cinemeducation auseinandergesetzt. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden etliche Stunden Videomaterial gesichtet und alle Szenen mit Arzt-Patienten-Kontakten mit Timecodes festgehalten. Schliesslich wurden einige ausgewählte Szenen, in denen eine Anamneseerhebung statt fand, mit einem Bewertungstool begutachtet. Die Masterarbeit erstreckte sich von Winter 2013 bis Herbst 2015.
Teile der damals entstandenen Sammlung von Videomaterial für die medizinische Lehre eigneten sich sehr gut für den didaktischen Einsatz im vorliegenden E-Learning.

1.2 CINEMEDUCATION

Der Begriff der Cinemeducation setzt sich aus den Wörtern „Cinema“, Medicine“, & „Education“ zusammen. In meiner Masterarbeit definierte ich diesen Begriff folgendermassen: „*Einfach gesagt ist Cinemeducation der Versuch, medizinische Inhalte durch die Verwendung von Filmmaterial den Auszubildenden, meist Medizinstudenten, zu vermitteln und eine Auseinandersetzung damit anzuregen*.“.[10] Erstmals 1994 in einer Publikation von Alexander et al.[11] aufgetaucht, konnte sich der Begriff bislang aber noch nicht komplett durchsetzen. Zu vielfältig sind noch andere Begriffe wie Tele-Education, Cine-ed und Weitere, welche zwar den gleichen Sachverhalt bezeichnen, jedoch die Präzisierung bezüglich des medizinischen Inhalts nicht aufweisen.
Cinemeducation weist im Vergleich zu Videos aus Eigenproduktionen einige Eigenschaften auf, welche sich, so die Hoffnung, vorteilhaft auf die Inhaltsvermittlung auswirken. So stehen Film- und Serienproduktionen weit höhere Budgets als den universitären Fakultäten zur Verfügung, welche es erlauben Situationen sehr aufwendig und authentisch zu inszenieren.

---

[a] Definition siehe Abschnitt 1.2

Zudem findet oft eine Dramatisierung statt, welche die Studierenden emotional mehr mitreissen und so zu einem nachhaltigeren Lernerfolg führen könnte.
Mit der Fragestellung, ob in Filmen und Serien denn überhaupt geeignetes Material zur Anamnese gezeigt wird, hat sich schliesslich eben auch die vorangegangene Arbeit beschäftigt. Deshalb wurden damals rund 115 Stunden Bildmaterial gesichtet und strukturiert bewertet. Darunter neun verschiedene Serien und acht Filme. Basierend auf der damals angelegten Videothek konnte nun ein E-Learning mit Cinemeducation entwickelt werden.

1.3 ZIELE DER ARBEIT

Es soll ein E-Learning zum Thema „Erhebung der Anamnese" erstellt werden mit Mitteln der Cinemeducation. Dieses E-Learning soll sich vorwiegend an Medizinstudierende der ersten drei Jahre (Bachelorstufe) richten. Zentral ist das Einleitungsmodul, welches die Studierenden des ersten Jahreskurses auf die Hausarztpraktika vorbereiten soll, wo sie selber bereits Patientengespräche führen dürfen. Es sollen möglichst bekannte Schauspieler wiederzufinden sein um den Studierenden das Material, so die Hoffnung, möglichst zugänglich und einprägsam aufzubereiten. Um dieses Ziel zu erreichen sind folgende Unterziele definiert:

1. Es soll ein Konzept für das E-Learning zum Thema „Anamnese" erstellt werden. Dieses soll die Aufteilung des Stoffes in verschiedene Module und die Lernziele beinhalten. Dazu soll auch die aktuelle Literatur zu Anamnese und Anamnesevermittlung konsultiert werden.
2. Eine erste Fassung des Modules für das erste Studienjahr soll auf der Online-Lernplattform ILIAS erstellt werden. Dazu wird der theoretische Hintergrund erarbeitet, auf die bestehende Videothek[b] zurückgegriffen, sowie weiteres Videomaterial gesichtet.
3. Das Modul soll durch Studentinnen/Studenten und Expertinnen/Experten getestet werden. Anschliessend soll es entsprechend angepasst und fertiggestellt werden.

1.4 ÄHNLICHE PROJEKTE

Da mittlerweile von vielen Bildungsinstitutionen erkannt wurde, dass E-Learnings, sobald sie einmal erstellt wurden, im längerfristigen Betrieb kostengünstig und trotzdem effizient sind, gibt es schon einige Kurse im Internet, die sich auch mit der Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigen.[12,13] Selbst an der Universität Bern gibt es schon Online-Programme, welche sich

---

[b] Die Videothek mit Clips, welche im Rahmen der Masterarbeit erstellt wurde.

mit bestimmten Facetten der Arzt-Patienten-Kommunikation, jedoch nicht mit der Anamnese, beschäftigen.[14] Diese Projekte beinhalten aber alle selbst produziertes Filmmaterial.
Kurse, welche sich zudem auch noch der Cinemeducation bedienen, finden bislang nur offline statt. Dabei werden ganze Filme, Episoden oder nur einzelne Ausschnitte in einer Gruppe angeschaut, und anschliessend darüber diskutiert.[15,16] Diese Form von Cinemeducation beschäftigt sich aber mehr mit der Professionalität oder ethischen Fragestellungen. Meist wird heute Cinemeducation noch mehr mit dem Ziel der Anregung zur Reflexion eingesetzt.
Ein E-Learning, welches Cinemeducation beinhaltet und sich mit der Anamneseerhebung beschäftigt, gibt es gemäss meinen Recherchen bisher noch nicht.

2. AUSRICHTUNG UND POSITIONIERUNG DES LERNPROGRAMMS

2.1 ZIELPUBLIKUM

Die Cinemeducation E-Learnings richten sich an Medizinstudierende der Universität Bern. Sie werden auch nur diesen zugänglich gemacht, um so das Urheberrecht des verwendeten Filmmaterials zu wahren. Das Lernmodul 1, welches eine Einführung in die Anamnese gibt, soll sich primär an Medizinstudentinnen und Medizinstudenten des ersten Jahres richten, an Human-, sowie auch Zahnmedizinstudierende. Somit soll auch kein Vorwissen nötig sein.

2.2 LERNZIELE

Globales Ziel des E-Learnings ist die Vorbereitung der Studierenden auf die Hausarztpraktika. So können bereits vor dem ersten Patientenkontakt wichtige Grundlagen erarbeitet werden und müssen nicht von jedem Lehrarzt individuell gelehrt werden.
Die spezifischen Lernziele orientieren sich an dem offiziellen Lernzielkatalog SCLO[17] (Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training). Die beim Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit aktuellste Auflage stammt von 2008. Zu den Anamnese-spezifischen Lernzielen des SCLO gehören unter anderem:

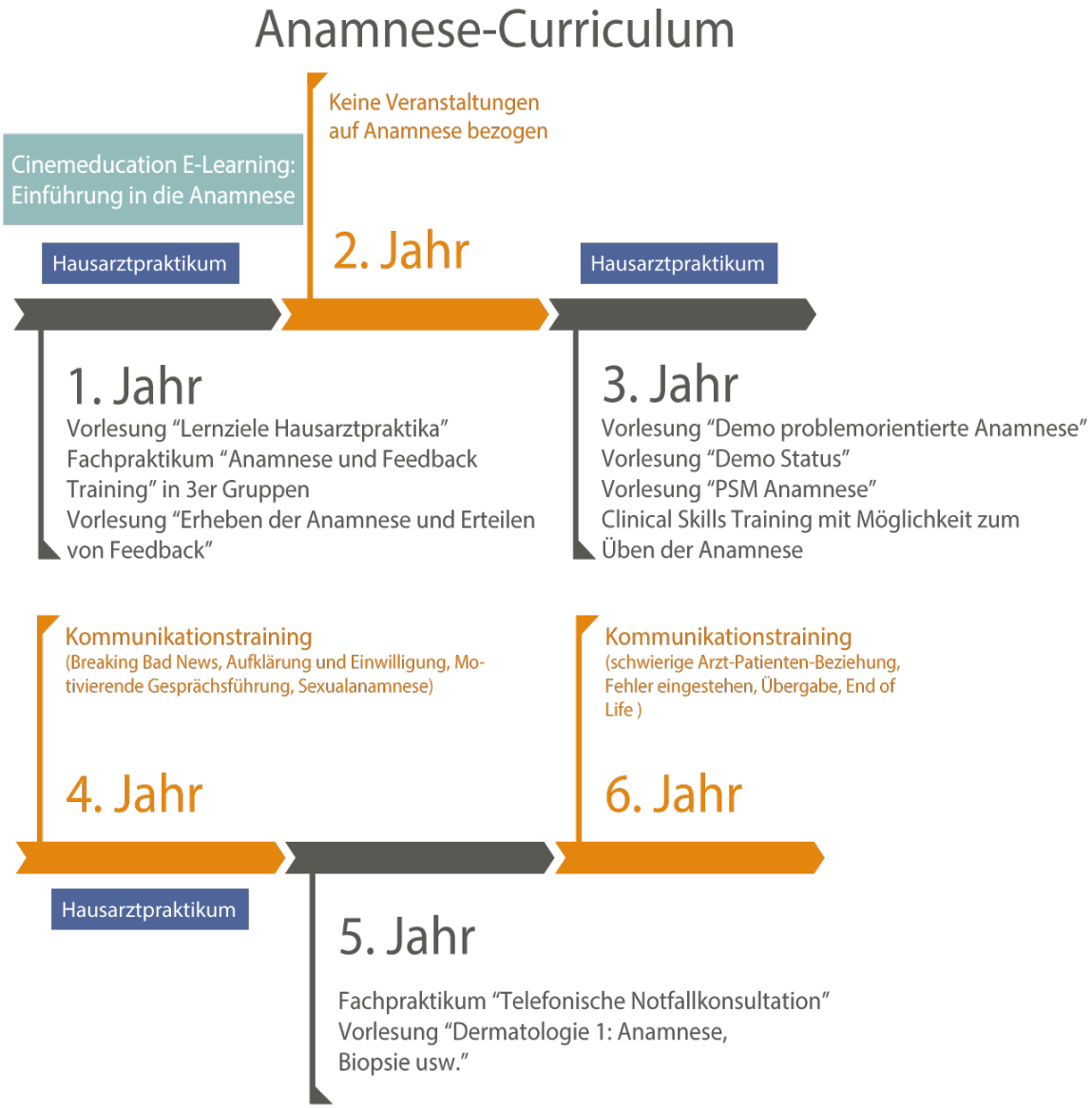
- *"The physician demonstrates clear history taking and communication with patients, their families and other carers and seeks information from other sources, differentiating the concepts of 'illness' as the patient's story and of 'disease' as the medical history of a health disorder" [G ME 1, G CM 8]*
- *"The physician clarifies the patient's expectations and requests for the encounter and elicits information on both the somatic and psychological aspects of her/his symptoms and complaints as well as the patient's situation, her/his understanding and concerns, social and cultural background and illness experience." [G ME 2, G CM 9]*
- *"The physician allows patients sufficient time to talk, express concerns and to ask questions, listens actively." [G ME 24, G CM 14]*
- *"The physician shows recognition that good communication is a core clinical skill for physicians that can foster patient and physician satisfaction, compliance, and improve clinical outcomes." [G CM 1]*
- *"The physician shows awareness of nonverbal cues in encounters with patients and acts appropriately." [G CM 2]*

2.3 DAS AKTUELLE ANAMNESE-CURRICULUM

Die Anamnese wird an der Universität Bern über vier verschiedene Arten vermittelt. Durch Hausarztpraktika, Clinical Skills Trainings, Kommunikationskurse und Vorlesungen.
Bei den Hausarztpraktika haben die Studierenden die Gelegenheit den Hausarzt oder die Hausärztin bei der Arbeit zu beobachten, sowie selber Patientengespräche zu führen und Untersuchungen durchzuführen. Diese Praktika fanden bisher vom ersten bis vierten Studienjahr statt. Im Rahmen der Erhöhung der Studienplätze der medizinischen Fakultät werden die Ausbildungs-Tage in der Hausarztpraxis ab dem Herbstsemester 2017 neu auf drei statt vier Studienjahre verteilt. So werden die Studierenden nun im ersten und dritten Jahr jeweils acht Halbtage in einer zugeteilten Hausarztpraxis verbringen und im fünften Jahr einen obligatorischen Monat in der gleichen Praxis im Rahmen des Wahlstudienjahres.
In den Clinical Skills Trainings gehen die Studenten und Studentinnen in kleinen Gruppen in die Spitäler. Dort haben sie die Gelegenheit unter Anleitung eines Arztes Gespräche zu führen und Untersuchungen zu üben. Diese finden im dritten Studienjahr mehrmals wöchentlich statt.
Die Kommunikationskurse finden verteilt über die sechs Studienjahre statt.
Im ersten Jahr findet ein Kurs über das Erheben der Anamnese und Erteilen von Feedback statt. Hierbei üben die Studierenden gegenseitig an sich in Dreiergruppen. Jemand spielt einen Patienten, jemand erhebt die Anamnese und jemand gibt anschliessend Rückmeldung.
Im vierten Jahr gibt es einen Kurs zu den Themen „Überbringung schlechter Nachrichten“, „motivierende Gesprächsführung“, „Aufklärung und Einwilligung“ und „Sexualanamnese“ mit Schauspielpatienten.
Im fünften Jahr gibt es einen Kurs in dem telefonische Notfallkonsultationen mit Schauspielpatienten geübt werden.
Im sechsten Jahr findet schliesslich nochmals ein Kurs mit Schauspielpatienten statt zu den Themen: „Fehler eingestehen“, „Patienten-Übergabe“, „Sterben & Tod“ und „schwierige Arzt-Patienten-Beziehung“.
Hier wird auch ersichtlich, dass nur ein Teil dieser Kommunikationskurse sich auf die Anamnese ausrichten.
Schliesslich gibt es noch die Vorlesungen, die sich mit der Anamnese beschäftigen. Hier gibt es aber im Curriculum der Universität Bern sehr wenig Platz. Um diesen Umstand besser zu verstehen, muss man wissen, dass während des Bachelor-Studienganges die Jahreskurse in Themenblöcke aufgeteilt sind. Es findet also nicht ein sich über ein Semester erstreckender gleicher Stundenplan mit den wöchentlich gleichen Fächern, sondern ein wöchentlich

unterschiedlicher Unterricht nach Themenblöcken. Die Themenblöcke dauern zwischen einer und neun Wochen (Stand 12.03.2017).

Bis im Jahr 2015 wurden die Grundlagen der Arzt-Patienten-Kommunikation im Themenblock der Psychosomatik im ersten Jahr gelehrt. Aufgrund einer Neuausrichtung entfiel dann die Anamnese aus diesem Themenblock und wird nun noch lediglich in einer Vorlesung im ersten Jahr durch das Institut für Hausarztmedizin angesprochen in der es um die Lernziele zu den Hausarztpraktika geht. Erst im dritten Jahr gibt es schliesslich fünf Vorlesungen, welche sich der Anamnese annehmen. In den weiteren Jahren werden dann je nach Fachrichtung einzelne Vorlesungen oder Teile von Vorlesungen für die fachspezifische Anamnese genutzt.



Diese Übersicht zeigt das Anamnese-Curriculum 2017/18 im Medizinstudium der Universität Bern. Es wurden nur Veranstaltungen ausgewählt, die sich vordergründig mit Anamnese beschäftigen. Andere Veranstaltungen in denen die Anamnese lediglich gestreift wird wurden nicht aufgeführt.

2.4 INTEGRATION INS CURRICULUM

Das Einführungsmodul wird ab dem Herbstsemester 2017 den Medizinstudierenden des ersten Jahreskurses zur freiwilligen Bearbeitung zugänglich gemacht. Im Frühjahressemester wird es dann testatpflichtig sein und soll möglichst zu Beginn der Hausarztpraktika bearbeitet werden. Dies unter anderem auch, weil sich einige Lehrärzte gewünscht haben, dass die Studierenden bereits mit Vorwissen zur Anamnese in die Lehrpraxen kommen.

Aktuell ist zudem für das zweite Semester des ersten Studienjahres eine Vorlesung geplant, für welche das Bearbeiten des Lernmoduls vorausgesetzt werden wird.

Da auch Teile der Vorlesungen, welche zuvor von Dozenten der Psychosomatik zum Thema Anamnese abgehalten wurden in das E-Learning integriert wurden, dient es also nicht nur als Erweiterung des Curriculums, sondern auch als dringend notwendiger Ersatz.

Ob und wie die weiteren Module umgesetzt werden, bleibt aufgrund der aktuellen Umstrukturierungen noch offen und richtet sich auch nach den Erfahrungen und Rückmeldungen, die nun mit dem Einführungsmodul gemacht werden. Aus diesem Grund wurde am Schluss des Moduls eine kurze Meinungsumfrage eingebaut.

3. THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER ANAMNESE

3.1 DIE REFERENZ: „ANAMNESE UND KLINISCHE UNTERSUCHUNG“ VON FÜEßL UND MIDDEKE

Das an der Universität Bern verwendete Buch zur Vermittlung der Anamneseerhebung stammt von Füeßl und Middeke.[18] Auf die Anamnese bezogen, beschäftigt sich das Buch mit deren Aufbau und beinhaltet einige Verhaltenshinweise. Dazu sind oft Beispielsätze angegeben, die in einer bestimmten Situation verwendet werden können.
Leider fehlen gänzlich theoretische Modelle. Zudem scheint sich das Buch nicht auf aktuelle Forschungen zur Anamnese zu stützen, sondern auf Expertenmeinungen, Konsensus und Tradition. So verweisen die Autoren auch bei der weiterführenden Literatur zur Anamnese fast nur auf andere Lehrbücher. Hier werden einzig zwei Publikationen, die sich der Empathie annehmen aufgeführt. Das Kapitel zur Technik der Anamnese gestaltet sich leider sehr kurz. Deshalb wurden auch die ehemaligen Lehrveranstaltungen der Universität Bern zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation herangezogen und unter Punkt 3.4 ausgeführt.
In diesem Kapitel des vorliegenden Begleitberichts wird nicht der komplette theoretische Stoff der Anamnese dargelegt, sondern nur die Teile, die nicht im Referenz-Buch abgedeckt werden und deshalb anhand zusätzlicher Ressourcen erarbeitet wurden. Für umfassendere Theorie zur Anamnese verweise ich auf das E-Learning.

3.2 AUFBAU

Auch der Aufbau der Anamnese ist das Ergebnis von Expertenkonsens und Tradition. Es existiert keine Literatur darüber, aufgrund welcher Erkenntnisse die Anamnese nun gerade so und nicht anders aufgebaut ist. In der gängigen Literatur trifft man aber doch immer etwa den gleichen Aufbau, einzig unterscheidet sich die Reihenfolge der angesprochenen Bereiche je nach Quelle. Hier sehen wir den gebräuchlichsten Aufbau der Anamnese, so wie er auch an der Universität Bern gelehrt wird:[19]

- Offene Frage
- Jetziges Leiden
- Persönliche Anamnese
- Medikamentenanamnese
- Systemanamnese
- Berufs- und Sozialanamnese
- Familienanamnese

Gesondert werden in den Unterlagen der Universität Bern noch die geriatrische und die psychosoziale Anamnese aufgeführt. Wobei die geriatrische Anamnese nur bei älteren Patienten eingesetzt wird, um diese bezüglich Mobilität, Ernährung uvm. einzuschätzen. Die

psychosoziale Anamnese beinhaltet die Erhebung von biologischen, psychologischen und sozialen Daten, welche aber verwoben mit dem Rest der Anamnese abgefragt werden.
Trotz des allgemein akzeptierten Aufbaus der Anamnese, gibt es Publikationen, welche sich damit beschäftigen, die Anamnese zu erweitern. So fordern einige Forscher, dass zum Beispiel auch die Sexualanamnese oder die Schlafanamnese zu jeder standardmässigen Anamnese dazu gehören sollen.[20,21,22] Mit Ausnahme dieser wenigen Publikationen findet aber sonst leider keine Grundsatzdiskussion über den Inhalt der Anamnese statt.
Wo es jedoch fortlaufend Fortschritte beziehungsweise Veränderungen gibt, sind krankheitsspezifische Erhebungen, welche dann als Scores oder Scales bezeichnet werden. Meist werden hierbei gezielte anamnestische Angaben mit Punktesystemen versehen und je nach Punkten ergeben sich unterschiedliche Schweregrade bei bekannten Krankheiten (z.B. „Hamilton Rating Scale“ bei Depression)[23] oder Hinweise auf eine noch nicht diagnostizierte Krankheit (z.B. „Epworth Sleepines Scale“ bei vermutetem OSAS[c])[24]. Diese werden aber eben nur bei Verdacht oder dem Vorliegen einer bestimmten Krankheit angewendet und finden in der allgemeinen Anamnese keinen Platz.

3.3 MODELLE DER KOMMUNIKATION

Zur gesprochenen Kommunikation finden sich etliche theoretische Modelle. Dies scheint auch nicht verwunderlich, da es sich dabei um ein Gebiet der Psychologie handelt, die, im Gegensatz zur Medizin, primär mit Modellen arbeitet. Nachfolgend zur Veranschaulichung einige Beispiele:
Die gängigsten Modelle stammen von Friedemann Schulz von Thun:[25]

- Kommunikationsquadrat
    - Beschreibt die vier Ebenen der ausgehenden, sowie eingehenden Information: Sachinhalt, Selbstkundgabe, Beziehungshinweis und Appell
- Modell des Inneren Teams
    - Mehrere Stimmen in uns drin, welche zu einem Team vereinigt werden sollen, um nach aussen klar, authentisch und situationsgemäss reagieren zu können.
- Werte- und Entwicklungsquadrat (begründet von Hartmann[26])
    - Jeder Wert muss in Wechselwirkung mit seinem positiven Gegenwert stehen. Zum Beispiel Freundlichkeit und reservierte Zurückhaltung halten sich im Gleichgewicht.

---

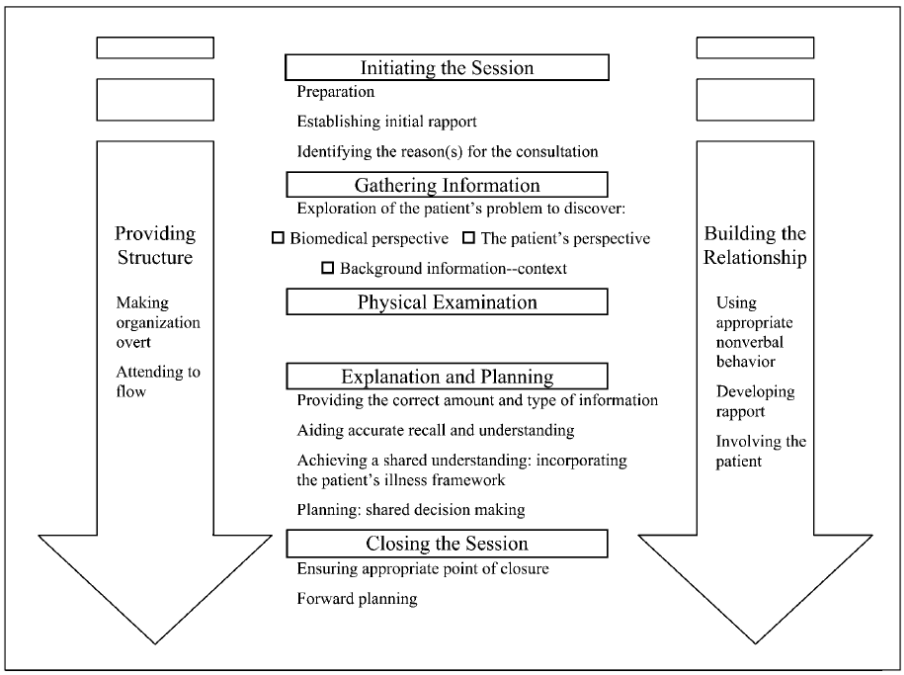
[c] OSAS: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

- Teufelskreis
    - Hilft beim Erkennen von negativer Beziehungsdynamik und der Behebung dieser.
- Situationsmodell
    - Versucht alle Faktoren (Vorgeschichte, thematische Struktur, zwischenmenschliche Struktur, Ziele) in einer Situation zu erfassen um eine bessere Handhabung von Gesprächen, Treffen usw. zu ermöglichen.

Des Weiteren ein Modell, welches von Riemann 1975 begründet, und von Thomann 1988 weiterentwickelt wurde:

- Riemann-Thomann-Modell[27]
    - Beschreibt die vier menschlichen Grundausrichtungen: Nähe, Distanz, Dauer, Wechsel

Es gibt also eine ganze Reihe von theoretischen Grundlagen für die Kommunikation. Spezifisch zum medizinischen Gespräch, zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient, existieren aber keine vergleichbaren Modelle, geschweige denn zur Anamneseerhebung. Diesbezüglich finden sich lediglich Listen von Inhalten, welche ein medizinisches Gespräch beinhalten sollte. So zum Beispiel auch der Calgary-Cambridge Observation Guide, der über 70 Punkte listet.[28] Dieser Guide wird so auch an der Universität Bern zur Vorbereitung auf die Kommunikationskurse verwendet. Ein Versuch diese Listen in eine Modell-ähnliche Form zu bringen, stellt die folgende Grafik dar:



„Expanded framework: objectives to be achieved within medical interview tasks“ aus der Publikation „Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching“ von Kurtz et al.[29]

Natürlich können die oben genannten Kommunikationsmodelle alle auch im Arzt-Patienten-Gespräch angewendet werden, doch kann von den Medizinstudierenden nicht verlangt werden, sich mit all diesen Modellen auseinander setzen. Jedenfalls nicht in dem zeitlichen Rahmen, der im heutigen Curriculum zur Kommunikation zur Verfügung steht.
So scheint es klar, dass den Medizinstudierenden etwas Praxisnäheres geboten werden muss.

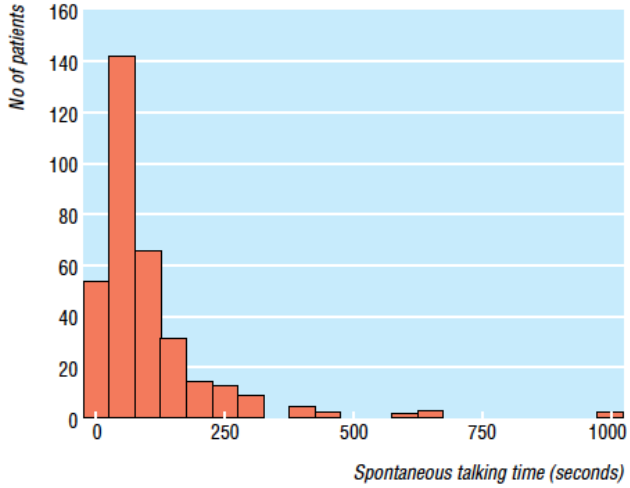
3.4 AUS DEN EHEMALIGEN LEHRVERANSTALTUNGEN ZUR ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

3.4.1 GESPRÄCHSTECHNIK: WARTEN, WIEDERHOLEN, SPIEGELN, ZUSAMMENFASSEN

Die Gesprächstechnik „Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen“, kurz WWSZ, bildete im ersten Jahreskurs des Medizinstudiums im Blockbuch „Einführung in die Arzt-Patienten-Kommunikation“ aus dem Jahre 2010 einen integralen Bestandteil und wurde in der dazu korrespondierenden Vorlesung mit dem Thema „Kommunikation“ von Dr. med. Hänsel besprochen. Zudem wurde diese Technik auch in einem Tutoriatsfall von den Studierenden im gegenseitigen Rollenspiel geübt.
Da diese Veranstaltungen seit dem Herbst 2015 nicht mehr stattfinden und die Unterlagen dazu nicht mehr zur Verfügung stehen, ist es wichtig, dass nun in diesem E-Learning diese Gesprächstechnik Erwähnung findet.
Die Technik richtet sich an alle Ärzte aller Fachrichtungen und kann von Unerfahrenen, sowie von Profis eingesetzt werden. Da kein Vorwissen notwendig ist, eignet sie sich sehr gut um den Einstieg in die Erlernung der Anamneseerhebung zu gewähren. Sie ist ideal um einen Teil des Gespräches patientenzentriert zu gestalten und ohne medizinisches Wissen bereits viele Informationen zu erlangen. Die Technik soll vor allem davon abhalten zu früh geschlossene Fragen zu stellen und das Gespräch zu früh einzuschränken.
Das Warten bezeichnet eine Pause, bei welcher aber der Patient trotzdem noch die Aufmerksamkeit des Arztes bekommt.
Durch das Wiederholen der letzten vom Patienten gesagten Worte, signalisiert der/die Arzt/Ärztin, dass er mehr zu dem entsprechenden Thema hören möchte.
Das Spiegeln bezeichnet das Darlegen des Arztes, wie er/sie den Patienten wahrnimmt.
Beim Zusammenfassen, zeigt der/die Arzt/Ärztin, was er/sie vom Patienten verstanden hat und gibt ihm auch die Gelegenheit sich noch zu korrigieren.
Die WWSZ-Technik, wurde von Wolf Langewitz begründet und in seinem Kapitel „Patientenzentrierte Kommunikation“ im Buch „Psychosomatische Medizin - Theoretische Modelle und klinische Praxis“ ausgeführt.[30]

3.4.2 DIE ERSTEN 3 MINUTEN NICHT UNTERBRECHEN

In seiner Vorlesung schlägt Dr. med. Hänsel auch vor, mindestens die ersten 3 Minuten patienten-zentriert zu gestalten, bzw. den Patienten nicht zu unterbrechen und einfach reden zu lassen. Diese Empfehlung wird gestützt durch die Studie von Langewitz et al., die dargelegt hat, dass die durchschnittliche Sprechzeit eines Patienten, der nicht unterbrochen wird gerade mal 92 Sekunden beträgt. Innert 2 Minuten haben gar 78% der Patienten von sich aus signalisiert, dass sie fertig gesprochen haben.[31]



Spontaneous talking time of 331 patients at start of consultation in outpatient clinic

3.5 UMGANG MIT DEM COMPUTER BEI DER ANAMNESE

In den aktuellen Lehrbüchern, wie auch in „Anamnese und klinische Untersuchung“ von Füeßl und Middeke, gibt es leider noch keinen Abschnitt über den Einbezug von Computern in das Arzt-Patienten-Gespräch.

Einzig im Vorwort zur 4. Auflage finden sich mahnende Worte:

„*Manche Ärzte scheinen das Stethoskop nur noch als Statussymbol um den Hals zu tragen und ihre Hände und Augen fast ausschließlich zur Bedienung von Computern zu verwenden*.”

So erkennen die Autoren durchaus die Problematik, welche sich im Zusammenhang mit Computern im medizinischen Alltag ergeben kann. Asan Onur hat in seiner Publikation festgehalten:

“*Although EHRs*[d] *were initially considered documentation tools for maintaining patient records and billing (Schiff and Bates, 2010), recent studies and recommendations show that they also have the potential to improve patient-centered care and communication in outpatient settings*.” [32]

---

[d] EHR = electronic health record; elektronische Krankenakte

Deshalb wurden für dieses E-Learning die aktuellen Publikationen auf Pubmed (Stand Januar 2017) konsultiert. Dort finden sich zwar noch nicht viele relevante Publikationen, dafür aber sehr Aktuelle. Es wurde mit den Suchbegriffen “medical interview”, “computer”, “communication” & “screen sharing” gearbeitet, sowie mit den sich daraus ergebenden Referenzen. Hier sind vorallem die Anführungszeichen wichtig, da sonst etliche Publikationen zu Screeningverfahren gefunden werden.
Schliesslich konnten so drei aktuelle Publikationen gefunden werden, auf die sich bei der Erarbeitung dieses Abschnittes vorwiegend gestützt wurde:

- “Providers’ perceived facilitators and barriers to EHR screen sharing in outpatient settings”; (2017) Asan O.; Appl Ergon[32]
- “How physician electronic health record screen sharing affects patient and doctor non-verbal communication in primary care”; (2015) Asan O, Young HN, Chewning B, Montague E; Patient Educ Couns[33]
- “Dynamic modeling of patient and physician eye gaze to understand the effects of electronic health records on doctor–patient communication and attention”; (2014) Montague E, Asan O; Int J Med Inf[34]

Für das E-Learning wurde die Einteilung in die drei Monitorausrichtungs-Typen aus der Publikation von Asan et al (2015) übernommen.[33]

- active information sharing -> Bildschirm aktiv teilen
- passive information sharing -> Bildschirm passiv teilen
- technology withdrawal -> Bildschirm vorenthalten

Aus den bisherigen Studien gehen keine klaren Vorteile von einem dieser Typen hervor. Deshalb wurde auch den Studierenden keine klare Empfehlung abgegeben. Einzig eine Metaanalyse kommt zu dem Schluss, dass das Teilen des Bildschirmes zu mehr patienten-zentrierter Kommunikation führe und deshalb fördernswert sei,[35] wobei der Weg zu dieser Schlussfolgerung nicht ganz ersichtlich ist.
Punkte, welche aus den Studien festgehalten werden können sind folgende:

- Das aktive Bildschirmteilen fördert im Vergleich das Patientenengagement, wohingegen, das passive Teilen den gegenteiligen Effekt erzielen. [33]
- Beim Vorenthalten des Bildschirmes schauen die Ärzte vermehrt den Patienten an im Vergleich zum passiven Teilen.[33]
- Beim passiven Teilen schaut der Arzt den Patienten am wenigsten an sowie der Patient am meisten irgendwo hin.[33]
- Die Dauer, die Patienten auf den Bildschirm schauen ist unabhängig vom Patientenalter.[34]

- Ärzte schauen während 30% der Gesprächszeit (exkl. Untersuchung) auf den Bildschirm.[34]

Es kann angenommen werden, dass das aktive Teilen des Bildschirmes zu einer besseren Zusammenarbeit von Arzt und Patient führen kann. Doch wie auch im Anschluss an einige Studien erwähnt, ist einfachere, übersichtlichere und intuitivere Software nötig. Dadurch könnten dem Patienten Sachverhalte grafisch aufbereitet werden und effektive Patientenedukation betrieben werden.

4. ERSTELLUNG DES E-LEARNING MODULS

4.1 DIDAKTISCHES KONZEPT

Zu Beginn dieser Arbeit war nur klar, dass ein E-Learning zum Thema Anamnese erstellt werden sollte und die Vermittlung durch Cinemeducation erfolgen soll. Auf der Basis dieser weit gefassten Ausgangslage wurde zuerst ein didaktisches Konzept erstellt.
In diesem didaktischen Konzept wurde erarbeitet und festgehalten:

- In welche Module das E-Learning aufgeteilt wird
- Was die Module thematisch beinhalten und was dadurch vermittelt werden soll
- Wie der Stoff vermittelt werden soll
- Welche Lernziele aus dem Lernzielkatalog (SCLO 2008) dadurch abgedeckt werden
- An welche Studienjahre sich die jeweiligen Module richten

Bereits während der Erstellung dieses Konzeptes wurde festgestellt, dass das Thema der Anamneseerhebung enorm umfangreich ist. So wurde sich darauf geeinigt, dass der Fokus dieser Arbeit in praktischer Hinsicht vor allem auf der Einführung in die Anamnese liegen soll, welche sich an das erste Studienjahr richtet. Trotzdem wurde im didaktischen Konzept das vollumfängliche Thema des Anamnese-Unterrichts berücksichtigt.

Inhaltlich, soll sich dabei zum Grossteil auf das Lehrbuch „Anamnese und Klinische Untersuchung“ von Füeßl & Middeke, welches vom Lehrkörper der Universität Bern als Lehrmittel der Wahl genannt wird, gestützt werden.[18]
Weiter wurden Publikationen, die insbesondere die Vermittlung der Anamneseerhebung an anderen Universitäten darlegen, herangezogen.[36,4] Vergleichende Studien, welche verschiedene Curricula von unterschiedlichen Universitäten betrachten und gemeinsame Outcomes, wie zum Beispiel die Leistung an OSCE-Prüfungen, auswerten gibt es leider Keine.

An der Universität Bern starten die Studierenden früh damit, das medizinische Interview als Solches kennenzulernen. Dabei soll durch das E-Learning im Einführungsmodul die Wichtigkeit der Anamnese vermittelt werden. Weiter sollen die Studierenden lernen, wie sie sich vorstellen, wie sie die Umgebung vor und während dem Gespräch analysieren und wie sie offene Fragen stellen. Insbesondere steht der patienten-zentrierte Kontakt im ersten Studienjahr im Vordergrund, da diesbezüglich wenig Vorkenntnisse nötig sind und er integraler Bestandteil des Arzt-Patienten-Gesprächs ist. Dazu gehören auch Techniken um das Gespräch am laufen zu halten und gegebenenfalls zu lenken. Dies wird hier mit der sogenannten WWSZ-Technik vermittelt. Da diese WWSZ-Technik sich aufgrund von Umstrukturierungen leider seit 2015 nicht mehr im aktuellen Curriculum wiederfindet, ist es

deshalb umso wichtiger, dass sie in diesem E-Learning abgedeckt wird. Weiter gehört auch die nonverbale Kommunikation in dieses frühe Studium des Kommunikations-Curriculums. So kann der/die Student/in bereits im ersten Studienjahr in den Hausarztpraktika das Wissen über die non-verbale Kommunikation durch Beobachtung des Hausarzt-Patienten-Gespräches vertiefen und bald schon selbst anwenden. Schliesslich sollen die Studierenden bereits früh auf die Nachteile von Suggestivfragen hingewiesen werden.

Im dritten Studienjahr steht das Erheben des jetzigen Leidens und die arzt-zentrierte Kommunikation im Vordergrund. Hier lernt der/die Student/in das Gespräch so zu lenken, dass er/sie alle nötigen Informationen erhält. Da dem jetzigen Leiden ein sehr grosser Stellenwert zukommt, soll sich das gesamte zweite Modul danach ausrichten. Es soll möglichst umfassend und Variantenreich abgebildet werden, so dass sich jede der darin enthaltenen sieben Dimensionen stark im Gedächtnis des Studierenden verankert.

Nachfolgend findet schliesslich eine Vertiefung der arzt-zentrierten Kommunikation statt. Hier lernt der/die Student/in spezielle Aspekte und besondere Formen der Anamneseerhebung kennen. Zu den speziellen Aspekten gehören: Medikamentenanamnese, Sozialanamnese, Sexualanamnese und Schlafanamnese. Zu den besonderen Formen gehören: Fremdanamnese, Notfallanamnese, geriatrische Anamnese und pädiatrische Anamnese.

Das so erarbeitete didaktische Konzept findet sich im Anhang unter Punkt 7.1.

4.2 TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN

4.2.1 Hardware

Computer:

Für die meisten Arbeiten, wie die Bearbeitung des E-Learnings auf der ILIAS Lernplattform, sowie Text-, Bild- und Videobearbeitung, wurde ein Notebook von Apple aus der Modellreihe „MacBook Pro“ von 2009 verwendet. Es ist mit einem 2.8 GHz Intel Core 2 Duo Prozessor und 4 GB DDR3 Ram ausgestattet.

Zudem wurde eine externe Festplatte mit USB-Anschluss von Toshiba mit 1 TB Speicher eingesetzt. Sie diente der Archivierung des Videomaterials, sowie der Speicherung von grösseren Datenmengen, welche während des Videoschneidens angefallen sind.

4.2.2 Software

Betriebssystem:

Auf dem Notebook ist das Betriebssystem OS X von Apple installiert. Das Betriebssystem wurde im Verlauf dieser Arbeit aktualisiert und befand sich bei der Fertigstellung in Version 10.9.5.

Bildbearbeitung:

Das Erstellen von Grafiken für das E-Learning wie auch für die schriftliche Dissertation wurde durch das Programm Adobe Illustrator CS5® vorgenommen.

Videoschnitt:

Für alle Videoarbeiten wurde das Schnittprogramm Adobe Premiere Pro CS6® verwendet. Dieses Programm wird auch in professionellen Videoproduktionen für das abschliessende Zuschneiden von Videomaterial verwendet und bietet einen sehr grossen Funktionsumfang. Das Programm wurde ausgewählt, da ich bereits vor dieser Arbeit mehrmals damit gearbeitet habe. So waren viele der Funktionen, die für die Erstellung der Videoclips benötigt wurden, bereits bekannt, was von Beginn an einen guten Workflow ermöglichte.

ILIAS-Lernplattform:

Die ILIAS-Lernplattform hat sich zum Zeitpunkt dieser Arbeit in der Version 5.0 befunden. Jegliche Arbeiten auf der ILIAS-Lernplattform können ausschliesslich online, also bei einer aktiven Internetverbindung vorgenommen werden. Diese Bedingung verunmöglicht somit das Bearbeiten des Lernmoduls von unterwegs, beispielsweise im Zug. Dieser Umstand ist insofern relevant, als dass ich oft vom Zug aus gearbeitet habe und es praktischer gewesen wäre, wenn das Lernmodul auch offline hätte bearbeitet werden können.

4.3 EINARBEITUNG IN ILIAS

Zur Einarbeitung in die Lernplattform ILIAS wurde das Dokument „ILIAS 5.0 Kompass“ studiert. Es handelt sich hierbei um ein von der *Supportstelle für ICT-gestützte Lehre und Forschung Bern(iLUB)* erstelltes Skript, welches einen Grossteil der Funktionen von ILIAS, speziell im Bezug auf die Verwendung an der Universität Bern, erläutert. Das Dokument umfasst 86 Seiten und wird in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Des Weiteren bekam der Autor direkt von einer Person der iLUB persönlich eine Einführung und konnte so erfahren, wo die Möglichkeiten und Grenzen von ILIAS sind. Auch im weiteren Verlauf diente die iLUB als Ansprechpartner für technische Fragen und Probleme.

4.4 ERSTELLUNG VON MODUL 1: “EINFÜHRUNG IN DIE ANAMNESE“

4.4.1 QUELLEN

Bei der Erstellung habe ich mich an diversen Quellen orientiert:

- An dem an der Universität Bern verwendeten Buch „Anamnese und klinische Untersuchung“ von Füeßl und Middeke[18]
- An den Vorlesungsfolien und dem Skript des ehemaligen Themenblocks „Einführung in die Arzt-Patienten-Kommunikation“ von Dr. med. Stefan Begré[37]
- An Publikationen wie „Kommunikation im medizinischen Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis“ von der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften[38] und diverser themenspezifischer Literatur[31,39–41]

Als roter Faden dienten die Lernziele des Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training.[17]

4.4.2 VIDEOMATERIAL

Zu Beginn dieser Arbeit konnte auf eine Videothek mit Clips zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation zurückgegriffen werden, welche bereits im Vorfeld vom Autor erstellt wurde. Dabei wurden rund 115 Stunden Videomaterial gesichtet, welche sich aus acht Filmen und 143 Episoden aus neun verschiedenen Serien zusammensetzen.[10]

Im Rahmen dieser Dissertation war klar, dass das dabei gefundene Material nicht ausreichen würde, um genug Aspekte des E-Learnings abzudecken. So wurden entsprechend den Erfahrungen aus der früheren Sichtung weitere Serien und Filme gesichtet. Hier spielte vor allem die Serie „Emergency Room“ eine zentrale Rolle, da dort der vielversprechendste Ansatz für weiteres Material für das E-Learning vermutet wurde.

Insgesamt wurden für diese Arbeit rund 75 Stunden Videomaterial gesichtet. 96 Episoden aus acht verschiedenen Serien, 51 davon aus Emergency Room, und vier Filme.

Das Material wurde fortlaufend während der Erarbeitung des Konzeptes und der Einarbeitung in ILIAS geschaut und jeweils in Form von Timecodes, welche sich im Anhang dieses Berichtes befinden, festgehalten. Dabei wurde jegliche Art von Arzt-Patienten-Kommunikation notiert. Szenen, welche potentiell für die Benutzung im Lernmodul in Frage gekommen sind, wurden gesondert markiert und später erneut betrachtet. Szenen, welche schliesslich im E-Learning verwendet werden sollten, wurden mit dem Programm Adobe Premiere herausgeschnitten.

Bereits während der vorangegangen Sichtung wurde zudem beschlossen, dass auch Videomaterial aus Dokumentationen verwendet werden soll, falls dieses der Abdeckung eines bestimmten Lerninhalts dienen würde. Bisher wurde der Begriff der Cinemeducation rein auf

komplett inszeniertes Material bezogen. Doch aufgrund der Tatsache, dass Dokumentationen auch zu einem gewissen Masse inszeniert sind (Schnitte, Musik) und genug Emotionalität beinhalten können, wurde der Begriff der Cinemeducation hier so weit interpretiert, dass Dokumentationen auch darunter fallen.

4.4.3 VORGEHEN

Es war nicht von Anfang an klar, dass diese Dissertation sich vorwiegend mit dem ersten Modul, der Einführung, beschäftigen wird. Es war nur klar, dass dieses Modul Priorität hat und als erstes fertiggestellt werden sollte, um möglichst rasch eingesetzt zu werden. Die Entscheidung, sich möglichst auf das Einführungsmodul zu beschränken, wurde erst im Verlauf der Erstellung des E-Learnings gefällt. So sah man, dass der Umfang und der damit verbundene Aufwand vom Einführungsmodul den Rahmen für eine Dissertation bereits alleine ausfüllten. Jedoch wurden bis zu diesem Zeitpunkt bereits Teile der anderen Module auch schon begonnen, welche natürlich belassen wurden um einem Folgeprojekt bereits schon Material zur Verfügung stellen zu können. Auch wurde sich dazu entschlossen noch möglichst viele Videoclips, die in den späteren Modulen Verwendung finden könnten herauszusuchen, da das Videomaterial dem Autor noch im gut im Gedächtnis war.

Bei den einzelnen Abschnitten des Einführungsmoduls wurde jeweils die Theorie erarbeitet, anschliessend der passende Videoclip dazu gesucht, und bei gewissen Abschnitten noch eine Frage dazu gestellt, die das Wissen festigen sollte. Der Umfang einiger Abschnitte wurde mehrmals geändert und schliesslich fast überall gekürzt, da die initial erstellten Kapitel teils schnell sehr vereinnehmend wirkten. So konnte stärker auf das Wesentliche fokussiert werden. Das E-Learning wurde dann soweit in einer ersten Fassung fertig gestellt, so dass ein Testlauf mit einer kleinen Anzahl Studierenden möglich war.

4.4.2 TESTLAUF MIT STUDIERENDEN

Am 08.04.2016 fand ein Testlauf mit vier Studierenden des ersten Jahreskurses statt. Die Kandidaten wurden hierbei zufällig aus einer Gruppe von Studierenden ausgewählt, welche sich bereits für die Testung eines anderen Projektes gemeldet hatten, dort aber aufgrund des grossen Interesses nicht mehr benötigt wurden. Die Teilnehmer wurden individuell in die Universität eingeladen, wo sie unter Begleitung des Autors das Einführungsmodul durcharbeiteten. Der Test sollte zeigen, wie gut die Benutzerfreundlichkeit des E-Learnings ist, also ob die Navigation ersichtlich ist, die Fragen klar formuliert sind und die Studierenden jederzeit wissen, was nun von ihnen verlangt wird.

Zudem sollte der Testlauf auch zeigen, ob das Modul stufengerecht ist, also nicht Wissen vorausgesetzt wird, welches die Studierenden noch nicht haben.
Zudem sollten auch gestalterische Fragen beantwortet werden, wie zum Beispiel, welche Sprache bei den Videoclips bevorzugt wird (Original/Synchronisation), oder ob die Studierenden in den Texten lieber per Du oder Sie angesprochen werden würden.
Aufgrund der Rückmeldungen der Studentinnen und Studenten wurden anschliessend einige Veränderungen am E-Learning vorgenommen. So wurden zum Beispiel viel mehr Fragen als zuvor eingebaut, da die Studierenden sich dadurch mehr Rückmeldung erhoffen, ob sie die zentralen Punkte denn auch wirklich verstanden hätten. Auch wurden bei einigen Clips Abschnitte, welche nicht mehr einen direkten Bezug zum Patienten haben, herausgeschnitten. Des Weiteren wurde ein Exkurs zum Thema Suizidalität eingefügt, da die Studierenden sich sonst mit einer der Szenen zu alleingelassen fühlten. Bei der Sprache der Videoclips haben sich zwei Studierende für die Originalversionen ausgesprochen, die anderen beiden für eine Mischung aus Original- und Synchronisationsversion. So wurde sich für die Mischung entschieden, und so bei jeder Szene abgewogen, ob die Originalfassung zwingend ist oder nicht. Wenn ILIAS einmal mehrere Tonspuren unterstützen würde, so wäre natürlich die Option der mehrsprachigen Videoclips die Erstrebenswerteste. Von rein deutschen Videoclips wurde abgesehen, da diese einerseits zu grossen Einbussen bei der Authentizität von gewissen Szenen geführt hätten und zum anderen die Studierenden sowieso auch englische Literatur im Studium lesen müssen und so auch diesbezüglich gleich einen Trainingseffekt haben.
Einen ausführlichen Bericht zum Testlauf und ein Protokoll mit allen den dadurch gemachten Änderungen findet sich im Anhang unter Punkt 8.2.

4.4.3 FACHLICHE ÜBERPRÜFUNG

Das E-Learning sollte von Experten, welche in der Lehre tätig sind und auch mit dem Thema der Anamnesevermittlung vertraut sind, überprüft werden. Vier Ärzte, die in die Lehre und die Vermittlung der Anamnese an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern massgebend involviert sind, waren bereit, das erste Modul durchzuarbeiten und auf fachliche Richtigkeit zu überprüfen. Das Modul wurde ab dem 21.07.2016 zur fachlichen Überprüfung freigegeben. Dazu bekamen die Experten einen Einführungsbrief mit den Eckdaten der Arbeit und des E-Learnings, einen Fragebogen mit acht Fragen, sowie die Zugangsdaten zur Testversion des E-Learnings. Sie konnten das Einführungsmodul selbstständig durcharbeiten. Bis zum 02.09.2016 haben drei Experten die fachliche Überprüfung durchgeführt und eine Rückmeldung gegeben. Während diesem Zeitraum blieb das E-Learning unverändert. Ein Experte hat sein Feedback im Januar 2017 noch nachgereicht.
Von allen vier Experten wurden keine fachlichen Fehler gefunden. Zudem empfanden alle das E-Learning als eine positive Erweiterung des Curriculums.

Auf weitere gerechtfertigte Kritik konnte teils mit kleinen Änderungen im Modul eingegangen werden. So wurde beispielsweise ein Exkurs als zu hervorgehoben in seiner grafischen Darstellung empfunden, woraufhin dieser in die Form eines ausziehbaren Kastens gebracht wurde.

Der Fragebogen, sowie die dazugehörigen Antworten, finden sich im Anhang unter Punkt 8.3.

4.5 SPEZIELLE ASPEKTE

4.5.1 GENDER WORDING

Es wurde das Dokument „Geschlechtergerechte Sprache - Leitfaden zum geschlechtergerechten Formulieren im Deutschen", welches von der Schweizerischen Bundeskanzlei verfasst wurde, am 30.06.16 eingesehen[42]. Darin werden alternierende Variationen nur bei Aufzählungen empfohlen. Ansonsten würde immer die paarweise Schreibweise (Arzt und Ärztin) oder mit Schrägstrich (Patient/in) empfohlen. Für das E-Learning wurde sich schliesslich für die Schreibweise mit Schrägstrich entschieden. Jedoch wurde dies bewusst nicht konsequent angewendet, was aber im Vorwort des E-Learnings mit den untenstehenden Worten erläutert wurde:
Geschlechtergerechte Sprache: In diesem E-Learning sollen Frauen und Männer sprachlich gleichberechtigt abgebildet und deshalb jeweils beide Formen gebraucht werden. An gewissen Stellen wird aber zugunsten des Leseflusses nur eine Form verwendet, welche als geschlechtsneutral zu betrachten ist.

4.5.2 ANREDE

Da sich das E-Learning stark an das Buch „Anamnese und klinische Untersuchung" von Füeßl und Middeke anlehnt, wurde auch beim ersten Erarbeiten die dortige Höflichkeitsanrede „Sie" gewählt. Beim Testlauf mit den Studentinnen und Studenten merkten diese aber alle auf Nachfrage an, dass sie in solch einem E-Learning lieber per „Du" angesprochen werden würden.
Diese Frage wurde schliesslich auch nochmals den Experten bei der fachlichen Überprüfung gestellt. Dort waren die Meinungen geteilt. Zwei Experten sprachen sich für die Höflichkeitsform aus, die anderen zwei für die „Du"-Form.
Um hier den etwas sichereren Weg zu nehmen, wurde deshalb die Höflichkeitsform belassen.

4.5.3 UNTERTITEL

Da bei einigen Videoclips die Originalsprache belassen wurde, wollte man dafür alle Videoclips, welche nicht mit deutscher Vertonung gezeigt werden, mit Untertiteln ausstatten. Die Untertitel wurden, sofern vorhanden, von Onlineportalen wie www.dailysubs.net heruntergeladen und mit dem Programm „Jubler“ (Verfügbar auf: http://www.jubler.org) in der Version 4.6.2 bearbeitet. Mit diesem Programm lassen sich die Untertitel sehr einfach auf die Videoclips zuschneiden und bearbeiten. Da beim Videoclip zu Patch Adams keine deutschen Untertitel gefunden wurden, wurden in Jubler die englischen Untertitel einfach von Hand übersetzt, so dass aber die Timecodes zu denen die Untertitel auftauchen müssen einfach aus dem Englischen beibehalten werden konnten. Die angepassten Untertitel können anschliessend in ILIAS zu dem entsprechenden Clip hochgeladen werden.
Da festgestellt wurde, dass Umlaute (ä, ö, ü), Akute (é), Gravis (à, è), Cedillen (ç) und Zirkumflexe (ô) in den Untertiteln zu fehlerhaften Symbolen im Text führen, wurden diese entweder durch „ae“, „oe“ und „ue“ ersetzt, oder der Buchstaben ohne Zeichenzusatz verwendet.

4.5.4 TABLETS & BILDSCHIRMAUFLÖSUNG

Aktuell wird bei den Berner Medizinstudierenden der Einsatz von Tablets, also kleinen Computern, welche nur noch aus einem, meist nicht ganz A4-Blatt-grossen Bildschirm bestehen, sehr empfohlen. So soll durch die Verwendung von Tablets, anstelle von ausgedruckten Vorlesungsfolien, viel Papier gespart werden und damit ein modernes Lernverhalten gefördert werden.

Die Universität Bern zeigt auf der Website auch ihr digitales Angebot auf:
„..tausend Stunden Video und über fünfzigtausend A4-Seiten Unterlagen, welche die Medizinstudierenden während ihres sechsjährigen Studiums empfangen können...“ Stefan Minder, ehem. Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Lehre (IML); 2013

studmed mobile

PDFs und PODLECs: Fast papierlos durchs Studium

Wenn Sie die PDF-Dateien und PODLECs, welche auf studmed publiziert werden, auf Ihrem iOS-Tablet (iPad) oder Android-Tablet abonnieren und annotieren, haben Sie am Ende des Studiums ein paar Bundesordner weniger Papier im Bücherregal. Diese Abos funktionieren auch auf Smartphones. **Splittview-Tipp:** PODLEC auf dem Smartphone abspielen, Folien auf dem Tablet annotieren.

Screenshot des Internetauftrittes auf http://studmed.unibe.ch/mobile Zugriff: 5.12.2016

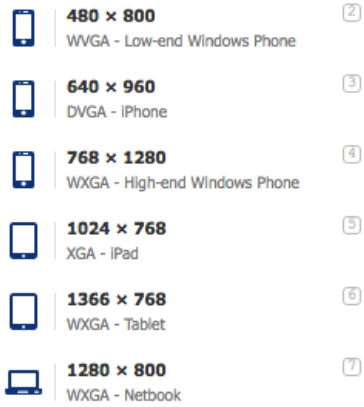
Auf einem Poster, welches die Benützung der Tablets fördern soll, heisst es:
„Ökologischer Break-Even = 1 Tablet; mindestens 3 Jahre in Betrieb; mindestens 3'000 A4 p.a. nicht gedruckt.
Potential: ≈ 1200 Studierende; 1-2 Tablets pro Student während 6 Jahren = Ersparnis 1.8 Millionen A4 p.a.“ [43]

So wurde beschlossen, dass das E-Learning für die Benützung auf Tablets optimiert wird. Die Anpassung auf Tablet-Computer beinhaltet hierbei vor allem die Anpassung der Gestaltung des ILIAS-Modules an die Auflösung der Tablets. So weisen häufig verwendete Tablets oft eine geringere Auflösung, also eine geringere Dichte an Bildschirmpunkten pro Fläche, auf als die meisten Laptops oder Desktop-Computer.

Wie die Erhebungen vom IML im Dezember 2016 zeigen, lernen die Studierenden eigentlich nur mit zwei verschiedenen Auflösungen:

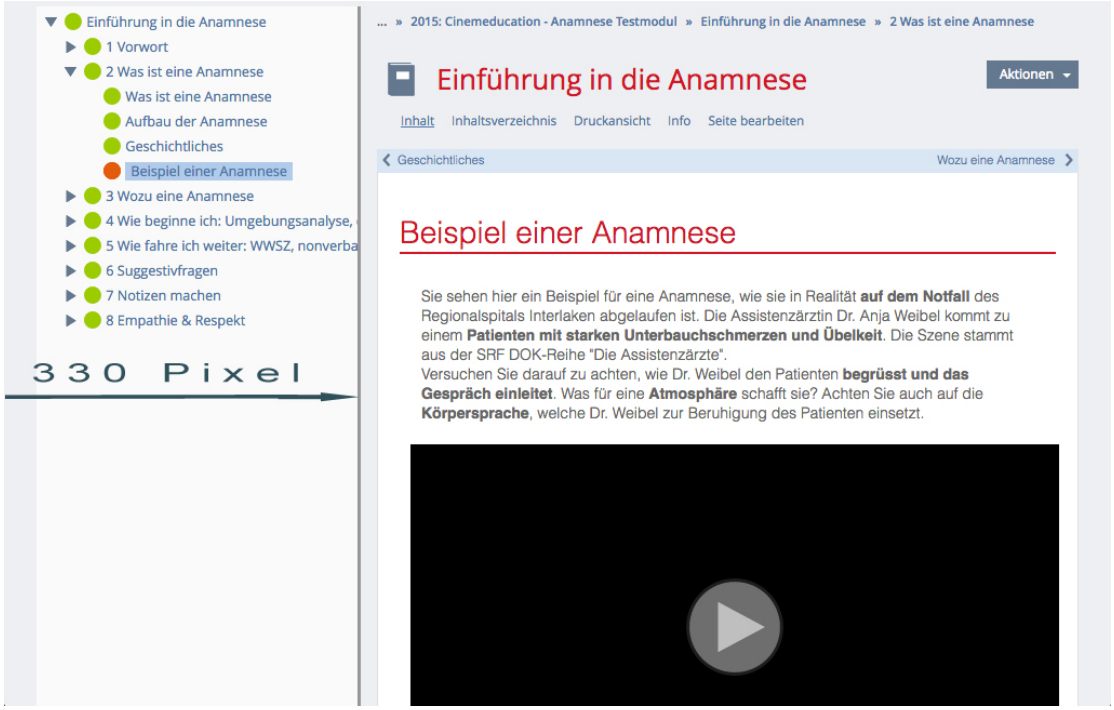
- 50%: 1920x1080 (sog. FullHD, typische Desktopmonitorauflösung)
- 50%: 1024x768 (Tabletauflösung)

Um eine optimale Darstellung zu ermöglichen und ungewollte Effekte wie Überlagerung und abgeschnittene Bilder/Videos zu vermeiden, musste also das E-Learning auf die tiefere Auflösung von 1024 x 768 Bildpunkten angepasst werden. Dies schränkt zwar die Gestaltungsmöglichkeiten merklich ein, garantiert aber ein vergleichbares Lernerlebnis für eine möglichst grosse Anzahl an Medizinstudierenden.
Die Anpassungen wurden mithilfe einer installierbaren Erweiterung für den Google Chrome Browser namens „Window Resizer“ in der Version 1.9.1.5 gemacht. Mit dieser Erweiterung lassen sich nach der Installation verschiedene Fenstergrössen entsprechend gewissen Geräten exakt einstellen.
Dadurch kann die Seite bearbeitet werden und unverzüglich angeschaut werden, als würde man von einem Tablet darauf zugreifen.



Ein Ausschnitt der Bedienoberfläche des „Window Resizer“

Da der Reiter mit der Seitenübersicht in ILIAS nicht in der Grösse angepasst werden kann und auf 330 Pixel fixiert ist, nimmt er in der Mindestauflösung von 1024x768 ein Drittel des Bildschirmes ein.



Dies führt dazu, dass dem Seiteninhalt nur noch ein recht schmaler Platz zur Verfügung steht.

Leider ist hier ILIAS nicht so anpassungsfähig wie viele andere Websites, welche ein sogenanntes „responsive design“ haben. Damit ist gemeint, dass sich Inhalte der Webseite automatisch an die Fenstergrösse anpassen. So würde sich bei einer Website mit responsive design der Seitenreiter in der Breite je nach Fenstergrösse oder Bildschirmauflösung anpassen. Auch Videos würden sich mit der Fenstergrösse anpassen (siehe YouTube).

Generell mussten durch die Anpassung des E-Learnings auf eine niedrigere Auflösung viele Designkompromisse gemacht werden. So wurden Bilder, welche ursprünglich seitenständig von Text umflossen waren nun mittig über oder unter den Text angeordnet. Des führt zur einer besseren Darstellung auf kleineren Monitoren, führt aber zu viel leerem Raum auf grossen Monitoren.

4.5.5 UNTERHALT DES E-LEARNINGS

Um eine bessere Wartung des E-Learnings in Zukunft zu ermöglichen, wurde die zuerst in Adobe Illustrator erstellte Grafik, welche die Übersicht über die Anamnese-Module zeigt, im ILIAS Online-Editor nachgebaut. Die Erstellung solcher Grafiken gestaltet sich in ILIAS um einiges umständlicher und zeitaufwändiger als in Illustrator. Zudem war es mir erst nach Rücksprache mit Yvonne Seiler vom iLUB (Supportstelle für ICT-gestützte Lehre und Forschung) möglich, überhaupt herauszufinden mit welchen Mitteln dies denn im Online-

Editor zu bewerkstelligen ist. Doch längerfristig lohnt sich der Aufwand hoffentlich dadurch, dass das Editieren der Grafiken direkt online nun ohne zusätzliche Software möglich ist, bei Änderungen, die sich in Zukunft ergeben.

Adobe Illustrator

Tabellenfunktion in ILIAS

Nebst dieser Modulübersicht, welche je nach Änderung des Inhaltes von den darin dargestellten Kursen angepasst werden sollte, sollten zusätzlich folgende Informationen periodisch aktualisiert werden:

1. Wo: Vorwort -> Literaturempfehlung
   Was: aktuelle Auflage, aktueller Preis in der Bugeno, Link zum Eintrag der Universitätsbibliothek, Link zum kostenlosen E-Book von Thieme
2. Wo: Lernziele
   Was: aktuelle Lernziele, Link zum Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
3. Wo: Beispiel einer Anamnese
   Was: Link zur DOK-Reihe von SRF

4.6 FERTIGSTELLUNG

Das ILIAS E-Learning Modul 1: „Cinemeducation: Einführung in die Anamnese“ wurde am 01.05.2017 fertiggestellt.

Zusätzlich wurde ein Kurs erstellt, der als „Archiv“ gekennzeichnet wurde und erarbeitetes, aber nicht verwendetes Material enthält. Dieses Material stammt vor allem aus der Phase, in der noch an einem Kurs für alle drei Studienjahre gearbeitet wurde.

5. PRODUKTIONSAUFWAND

5.1 ZEITLICHER AUFWAND

- Erarbeiten des Konzepts und Einarbeiten in ILIAS 160h
- Sichtung und Bearbeitung von Videomaterial 160h
- Erstellung des E-Learnings 400h
- Durchführung des Testlaufs und anschliessende Anpassungen 40h
- Finalisieren 40h
- Verfassen des Begleitberichts 80h

5.2 MATERIELLER AUFWAND

Zur Erstellung und Bearbeitung des E-Learnings wurde der eigene Computer verwendet. Die verwendete Software war bereits vorhanden oder kostenlos. Das Videomaterial wurde entweder aus den örtlichen Gemeindebibliotheken ausgeliehen, von der SRF Online-Mediathek bezogen oder stammte aus dem Privatbesitz des Autors. Einzig die Filme *La Consultation* und *Am Puls der Hausärzte* wurden vom BIHAM (Berner Institut für Hausarztmedizin) angeschafft und für diese Arbeit zur Verfügung gestellt.
Die vier Studierenden, die am Testlauf teilgenommen haben, erhielten eine Entschädigung, welche durch das BIHAM übernommen wurde.

6. RÜCK- UND AUSBLICK

6.1 RÜCKBLICK

Die Arbeit am E-Learning war meist sehr motivierend, da ich mir immer wieder ins Gedächtnis rufen konnte, dass das Endprodukt schliesslich einen Nutzen haben würde. Da das Ausmass des Nutzens massgebend vom Aufwand abhängig werden würde, konnte ich die vielen Arbeitsstunden, die in dieses Projekt gesteckt wurden, gut verkraften.
Obwohl sich das Lernmodul im Verlauf sehr verändert hat, waren es vor allem die kleinen Veränderungen, wie zum Beispiel das Kürzen von einigen Sekunden eines Videoclips, die in der Summe, zu einem für mich zufriedenstellenden Ergebnis geführt haben. Doch eben auch die grossen Veränderungen, wie zum Beispiel das Wegstreichen an einer Stelle von etwa zwanzig Minuten des Lernmoduls, haben sich schliesslich positiv auf das Ergebnis ausgewirkt. Diese Entscheidungen sind oft nicht leicht gefallen, da so Aufwand quasi „vernichtet“ wurde. Doch rückblickend kann ich das Erstellen und anschliessende Streichen von Inhalten vielmehr als Teil des ganzen Prozesses betrachten.

6.2 AUSBLICK

Mit diesem Lernmodul wurde im Bereich der Vermittlung der Anamneseerhebung nur der erste Schritt gemacht. Sofern dieses Modul bei den Studierenden des ersten Jahreskurses Anklang findet, bieten sich wie angedacht zwei weitere Module an. Diese würden dann im zweiten Jahr das jetzige Leiden, und im dritten Jahr die erweiterte Anamnese, beinhalten. Zudem könnte diskutiert werden, ob dieses Modul auch für die höheren Jahrgänge zur freiwilligen Bearbeitung freigegeben werden könnte.

Aufgrund des gesichteten Videomaterials kann gesagt werden, dass sich Cinemeducation natürlich noch für viele weitere Unterrichtseinheiten, egal ob online oder offline, eignen würde. So könnten auch in Vorlesungen Szenen zu bestimmten Krankheitsbildern gezeigt werden. Die Timecodes aus dieser und der vorangegangenen Arbeit könnten den Lehrkörpern der Universität elektronisch zugänglich gemacht werden und so einfach nach Krankheitsbildern durchsucht werden.

6.3 DANK

Mein herzlicher Dank geht an Dr. med. Adrian Göldlin und Dr. med. Ulrich Woermann, die mich während dieser Arbeit kompetent und motivierend betreut haben. Auch möchte ich Prof. Dr. phil. Sissel Guttormsen, Direktorin des IML, für die Möglichkeit danken, diese Arbeit realisieren zu dürfen. Dr. med. Mireille Schaufelberger gebührt mein Dank, da sie den Anstoss für dieses Projekt gab und mich während der Masterarbeit betreut hat. Weiter möchte ich mich bei Yvonne Seiler von iLUB für ihre Unterstützung bei der technischen Umsetzung bedanken. Zudem möchte ich den Teilnehmern des Testlaufes (Helene Meyer, Daniel Staudenmann, Leonard Knoll, Chiara Geismar) und der fachlichen Überprüfung (Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Dr. med. Martin Perrig, Dr. med. Roman Hari, Dr. med. Rebecca Ott,) danken. Abschliessend danke ich noch Janina Graule für das sorgfältige Korrekturlesen.

7. LITERATURVERZEICHNIS

1. Eckart WU. Geschichte der Medizin Fakten, Konzepte, Haltungen. Heidelberg: Springer; 2009.

2. Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. Smith's Patient Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, Third Edition. McGraw Hill Professional; 2012.

3. Novack DH, Dubé C, Goldstein MG. Teaching medical interviewing: A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. Arch Intern Med 1992;152(9):1814–20.

4. Fortin AH, Haeseler FD, Angoff N, et al. Teaching pre-clinical medical students an integrated approach to medical interviewing: half-day workshops using actors. J Gen Intern Med 2002;17(9):704–8.

5. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. BMC Res Notes 2012;5:486.

6. Zick A, Granieri M, Makoul G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. Patient Educ Couns 2007;68(2):161–6.

7. Thompson BM, Teal CR, Scott SM, et al. Following the Clues: Teaching Medical Students to Explore Patients' Contexts. Patient Educ Couns 2010;80(3):345–50.

8. Barth J, Ahrens R, Schaufelberger M. Consequences of insecurity in emergency telephone consultations: an experimental study in medical students. Swiss Med Wkly 2014;144:w13919.

9. Sandler G. Costs of unnecessary tests. Br Med J 1979;2(6181):21–4.

10. Bürki F. Cinemeducation: Arzt-Patienten-Gespräch und Anamnese. (unveröffentlichte Masterarbeit) Universität Bern 2015;

11. Alexander M, Hall MN, Pettice YJ. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. Fam Med 1994;26(7):430–3.

12. Daetwyler CJ, Cohen DG, Gracely E, Novack DH. eLearning to enhance physician patient communication: a pilot test of “doc.com” and “WebEncounter” in teaching bad news delivery. Med Teach 2010;32(9):e381–90.

13. Raby A. From website to bedside: narrative-based e-learning. Med Educ 2008;42(11):1121–2.

14. Stöckli D. Motivierende Gesprächsführung : ein Lernprogramm für Studierende der Medizin. Bern: 2013.

15. Pavlov A, Dahlquist GE. Teaching communication and professionalism using a popular medical drama. Fam Med 2010;42(1):25–7.

16. Lumlertgul N, Kijpaisalratana N, Pityaratstian N, Wangsaturaka D. Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. Med Teach 2009;31(7):e327–32.

17. Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training [Internet]. 2008 [cited 2017 Mar 26];Available from: http://sclo.smifk.ch/sclo2008/

18. Füeßl H, Middeke M. Anamnese und klinische Untersuchung: 188 Tabellen. Stuttgart: Thieme; 2010.

19. Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM, Klinik für Allgemeine Innere Medizin KAIM. Systematik Anamnese [Internet]. 2013 [cited 2014 May 2];Available from: http://studmed.unibe.ch/StudPDF/H_3_2013_SystematikAnamnesedef.pdf?ts=2014-01-08_10-12-13

20. Do K, Minichiello V, Hussain R, Khan A. Sexual history taking in general practice: managing sexually transmitted infections for female sex workers by doctors and assistant doctors in Vietnam. Int J STD AIDS 2014;

21. Haponik DEF, Frye AW, Richards B, et al. Sleep history is neglected diagnostic information. J Gen Intern Med 1996;11(12):759–61.

22. Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in general practice. Aust Fam Physician 1996;25(9 Suppl 2):S71–4.

23. Worboys M. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960-1980. Chronic Illn 2013;9(3):202–19.

24. Corlateanu A, Pylchenko S, Sircu V, Botnaru V. Predictors of daytime sleepiness in patients with obstructive sleep apnea. Pneumol Buchar Rom 2015;64(4):21–5.

25. Schulz von Thun F. SvT | Modelle [Internet]. Schulz-Von-Thunde. 2017 [cited 2017 Mar 10];Available from: http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=4

26. wurzeln_des_werte-_und_entwicklungsquadrates.pdf [Internet]. [cited 2017 Mar 10];Available from: http://www.schulz-von-thun.de/files/wurzeln_des_werte-_und_entwicklungsquadrates.pdf

27. SvT | Riemann-Thomann [Internet]. [cited 2017 Mar 10];Available from: http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=105

28. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ 1996;30(2):83–9.

29. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med J Assoc Am Med Coll 2003;78(8):802–9.

30. Uexküll T von, Adler RH, editors. Psychosomatische Medizin: theoretische Modelle und klinische Praxis. 7., komplett überarb. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011.

31. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ 2002;325(7366):682–3.

32. Asan O. Providers’ perceived facilitators and barriers to EHR screen sharing in outpatient settings. Appl Ergon 2017;58:301–7.

33. Asan O, Young HN, Chewning B, Montague E. How physician electronic health record screen sharing affects patient and doctor non-verbal communication in primary care. Patient Educ Couns 2015;98(3):310–6.

34. Montague E, Asan O. Dynamic modeling of patient and physician eye gaze to understand the effects of electronic health records on doctor–patient communication and attention. Int J Med Inf 2014;83(3):225–34.

35. Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, et al. Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient–Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review. J Gen Intern Med 2016;31(5):548–60.

36. Nardone DA, Reuler JB, Girard DE. Teaching history-taking: where are we? Yale J Biol Med 1980;53(3):233–50.

37. Begré S. Blockbuch für Studierende der Medizin: Einführung in die Arzt-Patientenkommunikation. 2013;

38. Kommunikation im medizinischen Alltag; Ein Leitfaden für die Praxis [Internet]. 2013 [cited 2014 May 21];Available from: http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Leitfaden/d_LF_Kommunikation.pdf

39. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns 2007;67(3):315–8.

40. Molinuevo B, Escorihuela RM, Fernández-Teruel A, Tobeña A, Torrubia R. How we train undergraduate medical students in decoding patients' nonverbal clues. Med Teach 2011;33(10):804–7.

41. Essers G, Van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S. Mixed messages in learning communication skills? Students comparing role model behaviour in clerkships with formal training. Med Teach 2012;34(10):e659–65.

42. Geschlechtergerechte Sprache - Leitfaden zum geschlechtergerechten Formulieren im Deutschen [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 30];Available from: https://www.bk.admin.ch/dokumentation/sprachen/04915/05313/index.html?lang=de

43. Minder S, Michel A, Altermatt T, Gerber F, Braun N. studmed.unibe.ch - papierreduziertes Medizinstudium [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 5];Available from: http://studmed.unibe.ch/try/studmed.pdf

8. ANHANG

8.1 DIDAKTISCHES KONZEPT

1. Studienjahr

Einführung in die Anamnese:

Grobskizzierung:

Theoretische Grundlagen zu Anamneseaufbau, Geschichtlichem, Gesprächseinstieg, Gesprächstechniken und non-verbaler Kommunikation. Dazu Szenen, die vor allem Ausschnitte aus Frühphasen des Arzt-Patientengesprächs zeigen und ausgewählte spätere Teile der Anamnese. Der Student soll sich durch die Betrachtung von vielen Videoclips einen Überblick über mögliche Gesprächsstile verschaffen, sowie die Theorie festigen. Zu den Videoclips werden Fragen über das Gesehene gestellt. Dazwischen Wiederholungsfragen zu den Theorieteilen.

Lernziele:

Der/Die Student/in

- weiss, was eine Anamnese ist und ungefähr beinhaltet (beinhalten kann) (G ME 1, C ME 8, S 1)
- lernt die Gesprächseröffnung und das Prinzip von WWSZ kennen (G ME 24, G CM 14)
- setzt sich mit nonverbaler Kommunikation auseinander (G CM 2, S 5)
- hat verschiedene Stile der Anamneseerhebung kennen gelernt
- reflektiert, welche Stile ihre Vor- und Nachteile haben

Inhalt:

- Was ist eine Anamnese
- Wozu eine Anamnese
- Wie beginne ich: Umgebungsanalyse, die offene Frage (G ME 24, G CM 14)
- Wie fahre ich weiter: WWSZ, nonverbale Kommunikation (G CM 2)
- Suggestivfragen
- Die Vielfältigkeit der Anamnese

2. Studienjahr

Das jetzige Leiden:

Grobskizzierung:

Szenen, die das Erheben des jetzigen Leidens zeigen. Zu jeder der 7 Dimensionen soll mindestens ein Beispiel gezeigt werden. Der Student soll vorwiegend Fragen zu der Vollständigkeit des jetzigen Leidens beantworten. Kennenlernen des Konzeptes der Landkarte der Beschwerden in Theorie und mit Beispielen.

Zusätzlich stehen am Ende jeder Szene Fragen zur Reflektion des allgemeinen Arzt-Patienten-Kontaktes zur Verfügung.

Lernziele:

Der/Die Student/in

- kennt die 7 Dimensionen des jetzigen Leidens besser (G ME 2 G CM 9, S 2)
- kennt einige Beispiele, wie er einzelne dieser Dimensionen erfragen kann
- hat verschiedene Formen des Leidens kennen gelernt, deren Dimensionen erfasst werden können (nicht immer nur Schmerz als jetziges Leiden)
- versteht die Wichtigkeit des Erfassens des jetzigen Leidens
- weiss was die Landkarte der Beschwerden ist und wie sie erfragt wird

Inhalt:

- Einführung: die 7 Dimensionen des jetzigen Leidens
- Die 7 Dimensionen im Detail
- Die Landkarte der Beschwerden
- Fall 1: Kopfschmerzen
- Fall 2: Kurzatmigkeit
- Fall 3: Brustschmerz
- Fall 4: Husten
- weitere Fälle

3. Studienjahr

Erweiterte Anamnese:

Grobskizzierung:

Weitere Videoclips, die den Studierenden spezifische Aspekte der Anamnese zeigen: Persönliche Anamnese, Systemanamnese, Fremdanamnese, Sexualanamnese, Medikamentenanamnese, Psychosoziale Anamnese, Geriatrische Anamnese, evtl Schlafanamnese.

Dient der Vor- und Nachbereitung der Clinical Skills Trainings.

Lernziele:

Der/Die Student/in

- Sexualanamnese
    - wird in einem lockeren Rahmen an das Thema der Sexualanamnese herangeführt
    - erkennt mögliche Hürden einer Sexualanamnese
    - weiss was zu einer vollständigen Sexualanamnese gehört
- Fremdanamnese
    - lernt die Möglichkeit der Fremdanamnese kennen

    - kennt Probleme im Zusammenhang mit der Fremdanamnese
- Medikamentenanamnese
    - weiss was eine Medikamentenanamnese beinhalten sollte und wie sie durchgeführt wird
- Persönliche Anamnese / Systemanamnese
    - weiss was darin enthalten sein sollte und erkennt den Nutzen davon
- *(evtl. Psychosoziale Anamnese und Geriatrische Anamnese)*
    - *weiss was die psychosoziale Anamnese beinhalten sollte und wie sie durchgeführt wird*
    - *lernt das geriatrische Assessment kennen*

<u>Inhalt:</u>

- Medikamentenanamnese
- Sozialanamnese
- Fremdanamnese
- Notfallanamnese
- Sexualanamnese
- Schlafanamnese
- Geriatrische Anamnese
- Pädiatrische Anamnese

8.2 BERICHT ZUM TESTLAUF VOM 08.04.2016

Setting:

Geplant war ein Testlauf, in welchem vier Studierende des ersten Jahreskurses Humanmedizin jeweils nacheinander das E-Learning-Modul „Einführung in die Anamnese“ bearbeiten. Dabei sollen sie alles kommentieren, was ihnen in negativer, wie auch in positiver Hinsicht auffällt. Auch sollen sie sagen, wo sie Verständnisprobleme haben.

Zweck:

Das Modul befand sich in einer ersten funktionsfähigen Fassung und sollte nun durch Studierende, welche dem Zielpublikum entsprechen im Bezug auf die Bedienbarkeit, das Layout, die Didaktik und den Inhalt geprüft werden.

Zeitlicher Rahmen:

Pro Teilnehmer wurde im Voraus eine Zeit von 90 Minuten für das Durcharbeiten des ILIAS-Lernmodules, sowie die Möglichkeit zum Geben von Feedback, festgelegt. Es wurde angenommen, dass für das Modul selber zirka 60 - 75 Minuten benötigt werden. Eine Zeit von 15 - 30 Minuten für ein abschliessendes Feedback wurde als ausreichend angesehen.

Teilnehmer:

Es wurden zufälligerweise zwei männliche und zwei weibliche Kandidaten aus einer Gruppe von Studierenden gewählt, welche sich nach einem Aufruf (wie aufgerufen?) via E-Mail für die Teilnahme gemeldet hatten. Die Studierenden erhielten eine finanzielle Entschädigung für ihre Teilnahme.

Der konkrete Zeitplan sah folgendermassen aus:

Testlauf 1: 09.00 – 10.30 Uhr

Testlauf 2: 10.30 – 12.00 Uhr

Testlauf 3: 13.00 – 14.30 Uhr

Testlauf 4: 14.30 – 16.00 Uhr

Ergebnisse:

Alle vier Studierende haben zu den entsprechenden Zeiten am Testlauf teilgenommen. Die Bearbeitungszeiten für das Modul betrugen 75, 73, 73 und 62 Minuten. Dies entspricht einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von 70.75 Minuten.

Zu den Textabschnitten:
Der Textumfang wurde als nicht zu viel und doch ausreichend eingestuft. Einzelne Passagen, welche als zu akademisch (Quellenangaben) angesehen wurden, seien verzichtbar.
Es wurde der Wunsch nach einfacheren, weniger verschachtelten Sätzen geäussert.
Der Wortschatz wurde als stufengerecht angesehen. Einzige Ausnahme das Wort „somatisch“, zu welchem eine Definition gewünscht wurde.
Es wurden viele Vorschläge für Umformulierungen, wozu zum Beispiel auch das Streichen von überflüssigen Wörtern gehört gegeben.
Ein Teilnehmer empfand die Einleitungen zu den Videoclips jeweils als zu ausführlich.
Zwei Teilnehmer wären in den Texten lieber geduzt als gesiezt worden. Die anderen beiden Teilnehmer gaben keine Präferenz an.

Zu den Videoclips:
Alle Teilnehmer haben die Videoclips als einen sehr positiven Teil des Moduls wahrgenommen.
Einige der Clips wurden als zu lange empfunden. Bei diesen Clips wurde angegeben, bis zu welchem Zeitpunkt er gezeigt werden sollte.
Alle Teilnehmer: erster Videoclip im Abschnitt „nonverbale Kommunikation“ aus *Emergency Room*
Ein Teilnehmer: Videoclip in „Umgebungsanalyse“ aus *Patch Adams*
Ein Teilnehmer: Videoclip in „Geschichtliches“ aus *The Knick*
Sprachlich hätten zwei Teilnehmer lieber, wenn alle Videoclips nur auf Englisch wären. Die anderen beiden Teilnehmer empfanden die Kombination aus Englisch, Deutsch und Schweizerdeutsch als eine gute Mischung.

Zu den Fragen:
Alle Fragen seien verständlich formuliert und der Inhalt angemessen gewesen. Der grösste Teil der Fragen konnte von den Teilnehmern auf Anhieb richtig beantwortet werden. Einzig die Wiederholungsfrage zu WWSZ konnte nur von einer Teilnehmerin auf Anhieb richtig beantwortet werden. Die anderen Teilnehmer finden aber, dass die Frage einen guten Lerneffekt habe.
Eine Teilnehmerin wünschte sich noch weitere Fragen über den Verlauf des Moduls.

Zum Inhalt:
Alle Teilnehmer haben angegeben, dass sie das Thema der Anamnese als sehr wichtig einschätzen. Sie fühlten sich zudem nur ungenügend durch die bisher angebotenen Lehrveranstaltungen darauf vorbereitet, diese Aufgabe während den Hausarztpraktika zu

bewältigen. Das Buch „Anamnese und Klinische Untersuchung“ auf welchem das E-Learning zu grossen Teilen basiert, war keinem der Teilnehmer vorher bekannt. Den Jahrgängen zuvor wurde dieses Buch im Rahmen der Hausarztpraktika vorgestellt und zur Bearbeitung empfohlen.
Bei gewissen Abschnitten wünschten einige Teilnehmer weiterführende Informationen:
- Diagnose des Falles von Dr. Weibel bei dem Patient mit Bauchschmerzen und Erbrechen
- Umgang mit Suizidalität beim Fall von Dr. Perino am Ende des Moduls
- Zusammenfassung der wichtigsten Tipps am Ende des E-Learnings

Gesamteindruck:
Alle Teilnehmer sehen das E-Learningmodul als geeignet für den ersten Jahreskurs an. Der Inhalt sei nicht zu schwer und relevant für ihre Ausbildung. Die Bearbeitungsdauer sei mit <1.5 Stunden angenehm kurz. Sie finden es unterhaltsam und lehrreich und würden es weiterempfehlen.

Fazit:
Der Testlauf hat gezeigt, dass das E-Learning gut von den Studierenden angenommen wird. Das erhaltene Feedback war konstruktiv und beinhaltet Veränderungen am Modul, die zum grössten Teil nachvollziehbar und umsetzbar sind. Insbesondere gab es viel Feedback, welches die Benutzerfreundlichkeit und den Arbeitsfluss des E-Learnings betreffen und diese durch entsprechende Anpassungen verbessern sollte. Die gewünschten inhaltlichen Erweiterungen sind zwar nicht relevant für die Lernziele, können aber durchaus die Attraktivität des E-Learnings erhöhen.

Änderungsprotokoll nach dem Testlauf:

- Grafik auf Seite Lernziele mit Übersicht: Nummerierung, Titel weg, optisch mehr abgehoben, verkleinert
- Lernziele aus Hausarzt-Lernzielblatt eingefügt
- 1. Clip nonverbal 47 Sekunden gekürzt, Rauschen leiser gemacht
- 2. Clip nonverbal 13 Sekunden gekürzt, Rauschen leiser gemacht
- Patch Adams 4 Sekunden gekürzt
- Clip zu “Notizen machen” für Texteinblendung unterbrochen in welcher die Aufteilung des Gesprächs kenntlich gemacht wurde.
- Vorwort um Eintrag zum Buch "Anamnese und Klinische Untersuchung" ergänzt. Da das Buch und seine Bedeutung sonst nirgends erwähnt wird, ausser in der offiziellen Bücherliste.

- Aufbau der Anamnese: Bild ersetzt durch Abbildung von Systematik Innere Medizin und Link weiter nach oben versetzt zur besseren Wahrnehmung. Zudem wurde Liste zum Aufbau mit zusätzlichen Informationen ergänzt. Hauptpunkte fett angestrichen.
- Fall Dr. Edson: Hinweis, dass Antwort sich gemerkt werden sollte und Auflösung auf nächster Seite folgt. Auflösung optisch besser abgehoben.
- Auflösung des Falles von Dr. Weibel in Videoform bereitgestellt
- **Exkurs** über Suizidalität bei Videoclip aus La Consultation
- Videoclip mit Dr. House nun vor Clip mit Dr. Perino. Zu Dr. House ein paar einleitende Worte und Bemerkung zu Stethoskop und eine anschliessende **Frage**
- Bei Suggestivfragen, wurde eine **Frage** mit Beispielen hinzugefügt
- **Wiederholungsfrage** zu Dauer des patientenzentrierten Gespräches wurde auf der Nonverbal-Seite eingefügt
- Common ground Grafik neu gemacht und mehr erklärt
- Worte zur Wichtigkeit der Anamnese bei “Wozu eine Anamnese” hinzugefügt
- **Frage** zu Umgebungsanalyse in Patch Adams-Szene eingefügt
- **Frage** zu Notizen machen eingefügt

8.3 FACHLICHE ÜBERPRÜFUNG

Das E-Learning Modul 1 wurde ab dem 21.07.2016 zur fachlichen Überprüfung für vier Experten freigegeben. Dazu bekamen die Experten einen kurzen Einführungsbrief mit den Eckdaten der Arbeit und des E-Learnings, sowie einen Fragebogen mit acht Fragen. Die Experten wurden ausgewählt, da sie in der Lehre tätig sind, mit der Anamnesevermittlung vertraut sind und sich vorgängig für eine Teilnahme bereit erklärt haben. Bis zum 02.09.2016 haben drei Experten die fachliche Überprüfung durchgeführt und eine Rückmeldung gegeben. Während diesem Zeitraum blieb das E-Learning unverändert. Ein Experte hat sein Feedback im Januar 2017 noch nachgereicht.

1. Gibt es wichtige Abschnitte, welche zwingend auch noch abgebildet werden sollten?

Experte 1:

Noch erwähnen, dass äusseres Erscheinungsbild wichtig ist:
...gepflegt, saubere Kleidung, Schürzen (keine kurzen Hosen etc.), kein Kaugummi..

Experte 2:

Nein

Experte 3:

Ich nehme an, die "Landkarte der Beschwerden" gehört schon zum nächsten Teil? Die wird meines Erachtens zu Unrecht oft vergessen. Das ICE-Konzept (Ideas, Concepts, Expectations) folgt ebenfalls im Teil "Jetziges Leiden" nehme ich an?

Experte 4:

Nein

2. Gibt es Abschnitte, welche nur ungenügend abgebildet werden?

Experte 1:

Nein

Experte 2:

Nein

Experte 3:

Schade gibt's keine Video-Beispiele zu WWSZ. Eine Möglichkeit wäre z.B., Ausschnitte von schwierigen Gesprächssituationen zu zeigen mit der Frage, mit welchem (WWS oder Z) man dieses Gespräch nun positiv beeinflussen könnte. Hier gibt es naturgemäss keine richtige oder falsche Frage. Als Antwort könnte man z.B. die Antworten den anderen Teilnehmenden als Umfrageergebnisse zeigen oder einfach einen eigenen, subjektiven Text mit deinen Argumenten schreiben.
Dass du das WWSZ unter Punkt 8 noch einmal aufgreifst, finde ich indes super (aber

das fördert v.a. das Memorisieren der Begriffe, zur Anwendung im Gespräch ist es da noch ein langer Weg...)

Experte 4:

Nein

3. Gibt es überflüssige / unnütze Abschnitte?

Experte 1:

Geschichtliches könnte etwas gekürzt werden.

Experte 2:

Nein

Experte 3:

Den "Ausblick" finde ich nicht sehr hilfreich. Es lenkt eher vom Thema ab, als dass es auf die weiteren Module vorbereitet. Ein Ausblick sollte meines Erachtens auf die weiteren beiden weiteren Module ausgerichtet sein. Oder sonst weglassen.

Experte 4:

Ich finde auch den Abschnitt Notizen machen etwas quer. Erstens wird heute vermehrt direkt in den Computer eingegeben, zweitens ist es oft empfehlenswert, die Notizen in einer Checkliste einzutragen. Der Abschnitt Notizen fehlt auch richtigerweise auf der Zusammenfassung, ich finde diesen Teil könnte man weglassen.

4. Sind Informationen vorhanden, die Ihrer Meinung nach falsch sind?

Experte 1:

Meiner Meinung nach nicht.

Experte 2:

Nein

Experte 3:

Nein, alles gut recherchiert und auch gut referenziert.

Experte 4:

Nein, allerdings fehlt bei der Geprächseröffnung der Punkt. Sicherstellen, dass der Patient Sie versteht (z.B. Sicherstellen, dass Patient Hörapparat eingeschaltet hat und Sie verstehen kann)

Und es fehlt die Klärung, in welcher Sprache das Gespräch stattfinden soll (Hochdeutsch? Andere Sprache etc)

5. Was ist Ihre Meinung zum Abschnitt „Exkurs – Suizidalität“?

Experte 1:

Zur Verdeutlichung von Empathie gutes Beispiel, kann belassen werden

Experte 2:

Ein Thema, das durchaus nicht ausgeklammert bleiben muss und ein sehr berührendes Beispiel wie sich das Gespräch im Laufe der Konsultation zum eigentlichen Problem hin entwickelt.

Experte 3:

Ich finde den Exkurs eher etwas zu spezifisch. Wahrscheinlich ist es so entstanden, dass du eine gute Szene aus diesem Film hattest und dann das Thema "Suizidalität" nicht einfach so kommentarlos stehen lassen wolltest. Ich fände es eigentlich besser, wenn du noch einmal eine Rückfrage (oder mehrere, das Video gibt ja recht viel her) zum "Kernthema" Anamnese zum Video "La Consultation" machen würdest und dann den "Exkurs Suizidalität" nur verlinken würdest und die Infos dazu auf einer anderen Seite.

Experte 4:

Ich finde den Exkurs zur Suizidalität nicht stufengerecht. Zudem hat der Arzt das nicht gut gemacht, er hat mit der Patientin das Thema angesprochen, als sie nackt war und er sie untersucht hat.

6. Beim Testlauf haben die Studenten angegeben im E-Learning bevorzugt per „Du“ angesprochen zu werden. Was ist Ihre Meinung dazu?

Experte 1:

Eher nicht per Du; "Sie" macht meiner Meinung nach die Messages etwas verbindlicher

Experte 2:

Das ist eine Stilfrage. Ich würde eher für die Höflichkeitsform argumentieren.

Experte 3:

Ich fände das "Du" auch besser. Ich fände es auch gut, wenn du z.B. auf der Einstiegsseite (bei den Verdankungen) oder sonst gesondert in einem Impressum beschreiben würdest, dass das vorliegende E-Learning im Rahmen einer Masterarbeit entstanden ist und dass du der Hauptautor warst. Das macht das "Du" für die Studierenden auch nachvollziehbarer. Ich finde es einen grossen Vorzug deines E-Learning, dass es "von Studenten für Studenten" ist, du die Studis also als Gleichaltrige ansprichst. Gleichzeitig musst du aufpassen, dass das ganze nicht zu salopp rüber kommt, das hat dann rasch etwas Anbiederndes. Dies bezieht sich insbesondere auf die erste Seite "Lehrbuch 2.0" sowie auf das Vorwort. Ich würde

das einen Tick nüchterner beschreiben. Du musst dich nicht dafür entschuldigen, dass es nicht nur lustige Videöli gibt in diesem E-Learning. Meine Meinung.

Experte 4:

Ich verstehe das und finde das richtig.

7. Haben Sie weitere Änderungsvorschläge?

Experte 1:

Aufbau der Anamnese

Vorschlag für Formulierung: ....Dies ist ein Leitfaden und die Reihenfolge soll je nach Situation und Patient angepasst werden. Das Gespräch mit dem Patienten wird mit zunehmender Übung einen natürlichen Verlauf nehmen.

Vorschlag Formulierung bei Geschichtliches:

... Wurde früher das Wort des Arztes fast schon als göttlich angesehen und das Wort des Patienten als unmündig, da unwissend, findet, wird heutzutage heute der Patient aufgeklärt und aktiv in die Entscheidungsfindung miteinbezogen ....

WWSZ

Kommafehler: .... Spiegeln: Lassen Sie den Patienten wissen, wie Sie ihn/seine Situation gerade wahrnehmen. „Sie machen mir gerade einen sehr grübelnden Eindruck. Sehe ich das richtig?“

Experte 2:

Die Sequenz mit Bezug auf die historische Bedeutung der Anamnese (aus "the knick") stellt nicht das Gewünschte dar. Arzt und Patientin sind auf Grund ihrer Vorgeschichte ziemlich verstrickt (Kollusion). Da ist bereits viel Vorwissen da.

Experte 3:

Ein paar Details:

- Die Pschyrembel-Definition zeigt sich bei mir etwas seltsam formatiert über 4 Zeilen an

- Ich habe zuerst versucht, das E-Learning mit meinem MacBook Air (OS X Yosemite 10.10.5) abzuspielen. Leider liess sich hier kein einziges der Videos abspielen (es kam einfach ein Black Screen und es ging nicht weiter). Habe es dann auf einem Windows-XP Professional PC versucht, dort hat alles reibungslos geklappt. Kann nicht genau sagen woran es liegt, würde dir aber empfehlen das E-Learning insbesondere noch mit einigen iMacs zu versuchen und zu schauen, ob der Fehler reproduzierbar ist.

Experte 4:

Es hat diverse Druckfehler (Sie uns sie Grosschreibung), Untertitel zB bei Syphilis Film unlesbar zum Teil

Ich finde, das Nonverbale könnte man noch viel differenzierter, auch mit andern Beispielen zeigen, statt das von den Notizen und der Suizidalität zu betonen.

8. Wie ist Ihr Gesamteindruck?

Experte 1:

Eine sehr wertvolle und gute Einführung. BRAVO!

Experte 2:

Ausgezeichnete Arbeit. Inhaltlich weitgehend bestehende Vorgaben in eine neue mediale Form gebracht. Die eigentliche Erweiterung besteht in den Filmsequenzen, welche das Ganze sehr anschaulich machen und die Interaktion ermöglichen.

Experte 3:

Ich finde dir ist ein sehr gutes E-Learning gelungen. Die Stärken liegen für mich einerseits in der Tiefschwelligkeit und andererseits in der konkreten Auseinandersetzung mit den Videobeispielen (wie z.B. die Gegenüberstellung der zwei Situationen beim Thema nonverbale Kommunikation). Nur durch das Anschauen der Videos lernt man eigentlich kaum etwas (zumal die meisten Anamnesen in den Beispielen ziemlich schlecht ausgeführt werden), es ist die Auseinandersetzung mit dem Video, in welcher das Lernen geschieht.

Experte 4:

Insgesamt gutes Konzept, diese Lernziele so zu vermitteln
Etwas Text-lastig
Es könnte mehr Fragen und Interaktion vertragen

8.4 TIMECODES

Nachfolgend wurden die Timecodes (Zeitstempel) von allen Szenen festgehalten, in denen Ärzte und Patienten miteinander interagieren. Manchmal wurden auch ergänzende Szenen dazu gezählt. Zur eindeutigen Identifizierung der Episoden werden jeweils die Original-Titel angegeben.

Zusammenhängende Szenen sind durch Buchstaben markiert. So gehören zum Beispiel alle Szenen in einer Episode mit der Markierung „/a“ zum gleichen Fall.

Je nach Version (EU-DVD, US-DVD, Blu-Ray) können die Timecodes um bis zu einer Minute abweichen.

SERIEN 48

EMERGENCY ROOM (1994-2009): 48

DOK FORTSETZUNG FOLGT – DER LANDARZT (2013): 70

A YOUNG DOCTOR'S NOTEBOOK (2012-2013): 71

EVERWOOD (2002-2006): 72

BOSTON MED (2010): 77

THE KNICK (2014-2015): 78

SCRUBS (2001-2010): 79

DAS JAHRHUNDERT DER CHIRURGEN (1972-1973): 79

FILME: 80

DOC HOLLYWOOD (1991): 80

AND THE BAND PLAYED ON (1993): 80

THE DOCTOR (1991): 81

SOMETHING THE LORD MADE (2004): 81

Serien

Emergency Room (1994-2009):

Staffel 3, Episode 4: „Last Call“

14:13-14:52: Dr. Carter & Benton bei junger Patientin, bei der Operation geplant ist und verschwinden will. /a

17:11-17:55: Arztassistentin Genie soll mit Pflegerin zusammen Knöchel schienen. /b

19:38-20:14: Carters Kommunikationsfähigkeiten führen dazu, dass er bei der OP assistieren darf. /a

22:58-23:47: Pflegerinnen bedrängen den attraktiven Begleiter des Patienten. /b

23:55-25:50: Ängstliche jugendliche Patientin, welche mit Bauchsz nach erstem Geschlechtsverkehr keinen Abstrich machen lassen will. Anschliessend Diskussion von Dr. Greene mit Dr. Ross. /c

26:50-28:05: Assistenzärztin Dr. Doyle und Pflegerin machen die Abstriche. /c

28:20-29:44: Dr. Benton und Dr. Keaton sprechen mit der Mutter der Patientin über ihre Bedenken. /a

31:13-33:14: Schwester der Verstorbenen(am Anfang der Folge) spricht mit Dr. Ross.

Staffel 3, Episode 5: „Ghosts“

08:53-09:55: Dr. Keaton, Benton & Carter untersuchen einen Säugling. Besprechen Meilensteine der Entwicklung.

14:45-15:20: Dr. Carter spricht mit Mädchen mit massivem Abdominaltrauma. /a

17:22-18:05: Gespräch mit Ehemann einer Patientin, die sich mit Antidepressiva suizidieren wollte. /b

18:45-19:13: Dr. Carter verschweigt dem Mädchen vor ihrer Operation, dass ihr Vater verstorben ist. /a

22:16-22:27: Dr. Ross und eine Pflegerin beginnen ihre Arbeit als mobile Versorgung für das Rote Kreuz. Patient, der nach Keksen fragt.

22:28-23:47: Ehemann am Bett der komatösen Patientin. /b

25:00-26:11: Junge Prostituierte holt sich Kondome beim Rote Kreuz.

27:50-28:21: Dr. Carter bei dem noch schlafenden Mädchen post-OP. /a

29:46-30:30: Patientin ist verstorben. Pflegerin spricht mit dem Ehemann. /b

32:28-33:08: Dr. Carter teilt dem Mädchen mit, dass ihr Vater verstorben ist. /a

Staffel 3, Episode 6: „Fear of Flying“

05:30-06:20: Terminaler Patient, der cryotechnisch konserviert werden möchte. /b

06:50-09:29: Dr. Lewis und Dr. Greene als Flugärzte im Einsatz bei einem Autounfall. U.a. mit Hämatopneumothorax der drainiert wird. /a

09:42-10:00: Psychomotorisch massiv unruhiger Patient wird mit Sicherheitspersonal auf die Notaufnahme gebracht.

10:44-11:56: Ein Kind wird instabil. /a

12:35-13:10: Helikopter fliegt mit dem Kind ins Spital. /a

14:09-14:34: Patient verstirbt. /b

21:12-21:20: Die Arztassistentin bringt Eis zum Patienten. /b

22:47-23:10: Mutter vom Unfall wird nun auch ins Spital verlegt. /a

23:50-24:12: Dr. Lewis berichtet der Patientin, wie es Kindern und Ehemann geht. /a

25:00-25:40: Dr. Benton spricht mit der Patientin, da er eine Operationseinwilligung braucht. /a

27:05-27:33: Der gekühlte Patient wird von der Cryo-Firma abgeholt. /b

28:15-28:57: Dr. Greene spricht mit dem Vater, dessen Gedächtnisfunktion eingeschränkt ist. /a

32:30-32:50: Gespräch mit der Frau über den Zustand des Mannes. /a

33:32-34:04: Das Ehepaar wird wiedervereinigt. /a

35:28-36:30: Mutter bei ihrem Kind, welches nicht ansprechbar ist. /a

38:20-38:56: Der Vater spricht mit Dr. Greene, wobei seine Gedächtnisfunktion scheinbar wieder etwas zunimmt. /a

40:48-41:42: Dr. Keaton teilt der Mutter den kritischen Zustand des Neugeborenen mit. /a

Staffel 3, Episode 7: „No Brain, No Gain“

05:22-06:04: Pflegerin, die auf der Notaufnahme aushilft, will eine ausführliche Anamnese aufnehmen, wird aber von Pflegerin Hethaway aufgehalten. /b

06:20-07:00: Patient, der operiert werden soll, mit Erstickungsgefahr durch Caramelbolus /a

08:30-09:10: Caramelbolus wird entfernt und die geplante HNO-Operation soll laut zuständigem Arzt weiterhin gemacht werden. /a

10:56-11:50: Patient, der administrativ auf der Notaufnahme arbeitet mit komischem Gefühl nach MRI bei Dr. Lewis.

12:35-12:55: Patientin mit Sturz wird durch Dr. Greene initial gesehen. /c

13:40-15:08: Der Patientin hat sich wieder versteckt. Dr. Carter merkt, dass der Patient nicht richtig aufgeklärt wurde./a

15:08-15:40: Vertretungs-Pflegerin bereitet einen Einlauf vor, doch die Oberschwester unterbricht sie dabei. /b

15:50-16:56: Patientin sei Anthropologin und erklärt Dr. Greene ihre Theorien. /c

17:20-20:14: Dr. Ross will einem Jungen mit Bisswunde Antibiotika geben. Der Vater verweigert dies wehement.

20:14-20:55: Dr. Carter ist sich sicher, dass der Patient nicht einwilligungsfähig ist und wollte ein Psychiatrisches Konsil, doch dieses kommt zu spät. /a

27:53-29:07: Mutter will bei Hirnfunktionsprüfung des vorhin wiederbelebten Patienten dabei sein. Benton befindet ihn für Hirntod.

32:19-32:46: Dr. Benton besucht das Elternpaar des Neugeborenen aus der letzten Episode.

36:46-37:23: Nach der gut verlaufenen Operation, teilt Dr. Doyle Carter mit, dass der Patient einen Schlaganfall hatte und beschuldigt ihn, nicht nach seinem Gewissen gehandelt zu haben. /a

39:14-40:04: Carter spricht mit der Oberärztin über den Fall. /a

Staffel 3, Episode 8: „Union Station“

00:25-01:00: Dr. Ross behandelt ein Kleinkind mit Verdacht auf Bleivergiftung, dessen Mutter nicht seine Sprache spricht und aber trotzdem die Einwilligung zur Untersuchung unterschreibt.

01:00-01:55: Kind, welches von Frau gebracht wird, welche sich fälschlicherweise als Mutter ausgibt um die Einwilligung zur Gratis-Impfung zu unterschreiben. /a

07:15-07:48: Das Paar vom Autounfall von Episode 6 kann heute ihr Neugeborenes nach Hause nehmen.

17:00-18:15: Psychomotorisch unruhige hochschwangere Patientin, die stark alkoholisiert eingeliefert wird.

18:42-19:28: Entgleister Diabetiker bei Dr. Greene, welcher kein Verständnis für die Situation hat.

21:42-22:00: Dr. Ross kann die Mutter, dessen Kind er ohne wirkliche Einwilligung Blut abgenommen hat nicht ausfindig machen. /a

30:34-31:32: Dr. Lewis Anamnese bei älterem Patient mit Hüftschmerzen.

39:35-39:50: Dr. Ross geht zum Wohnort der vermeintlichen Patientin, wo sie aber nicht bekannt ist. /a

Staffel 3, Episode 9: „Ask Me no Questions, I’ll Tell You No Lies“

08:00-08:40: Patientin mit Sichelzellen-Krise bei Arztassistentin. /a

10:28-11:38: Ex-Mann der Arztassistentin, der HIV-positiv ist bei Dr. Greene mit Atemnot. /b

13:50-14:43: Dr. Ross aushilfsweise Anamnese bei älterer Patientin mit Brustschmerzen mit vielen Medikamenten.

19:05-19:44: Dr. Ross untersucht Mädchen mit entzündetem Ohr.

19:45-20:17: Dr. Greene übernimmt die Patientin. /a

21:59-23:25: Die Arztassistentin spricht mit dem Ex-Mann. /b

25:54-26:38: Lehrer kommt mit Schulklasse zu Dr. Ross, da die Kinder Kontakt mit einer Fledermaus hatten. /c

29:38-30:05: Dr. Ross hat die Kinder gegen Tollwut geimpft. /c

32:32-33:00: Die Arztassistentin übernimmt die Patientin wieder. /a

34:50- 36:00: Sprechen erneut. /b

Staffel 3, Episode 10: „Homeless for the Holidays“

09:06-09:55: Patientin mit Kieferfraktur nach rezidivierender häuslicher Gewalt. /b

11:32-12:00: Mutter mit Kleinkind, dass Mistelzweige verschluckt hat bei Dr. Ross.

12:04-12:33: Kleinkind mit Blut in der Windel bei Dr. Ross. /a

13:45-14:45: Ultraschall. Diagnose: Wilms-Tumor. Direkt danach Nephrektomie. /a

15:29-15:45: Notfallpflege versucht Anamnese zu machen bei älterer Patientin die nur durch eine Handpuppe spricht.

15:46-16:55: Die Assistenzärztin rät der Patientin dazu in ein Frauenhaus zu gehen. Dann taucht der Ehemann auf. /b

18:26-19:05: Dr. Ross teilt der Babysitterin mit, dass er die Fürsorge benachrichtigen wird. /a

25:03-26:08: Ärztin und Pfleger schmuggeln die Patientin am Ehemann vorbei aus dem Krankenhaus. /b

27:00-27:33: Mutter des Kindes kommt aufgebracht in die Notaufnahme. /a

Staffel 3, Episode 11: „Night Shift“

06:40-07:45: Patientin mit möglicher Meningitis bei Dr. Greene. Versucht Urteilsfähigkeit der Patientin einzuschätzen. /a

11:44-12:50: Der Jurist spricht mir der Patientin und sagt Dr. Greene, dass er keine Lumbalpunktion durchführen darf. /a

16:57-18:30: Ein frischer Assistenzarzt der Psychiatrie beurteilt die Urteilsfähigkeit und meint, dass die Patientin selber entscheiden könne. /a

24:25-25:40: Nachdem die Patientin, sich selber entlassen hat holt Dr. Greene die Patientin zurück ins Krankenhaus und führt die Lumbalpunktion durch.(31:40 Dr. Greene sichert die Diagnose) /a

33:40-34:15: Der Bruder der Patientin spricht mit Dr. Greene. /a

Staffel 3, Episode 12: „Post Mortem“

13:38-15:40: Dr. Ross untersucht die Jugendliche, die Gewaltopfer wurde, neurologisch. /a

Mutter des Gewaltopfers wird zwischenzeitlich gefunden.

38:30-39:40: Jugendliche möchte bei Dr. Ross wohnen, was dieser ablehnt. /a

Staffel 3, Episode 13: „Fortune's Fools"

07:28-07:58: Arztassistentin macht Anamnese bei Patient mit Kopfschmerzen und neurologischen Symptomen. /a

14:24-15:09: Dr. Greene mit Bewerbern für die Assistenzarztstelle bei einem Patient mit verbrühtem Fuss.

17:12-17:52: Dr. Ross bei Junge schmerzendem Ellenbogen. /b

17:55-18:34: Dr. Greene mit Bewerbern bei Patientin mit Torwartdaumen. /c

19:07-19:38: Infektiologe untersucht den Patienten neurologisch und ordnet Lumbalpunktion an. /a

20:10-21:21: Dr. Ross bespricht das Röntgen mit der Mutter und anschliessend spricht er über den Gemütszustand des Jungen. Der Junge ist dann verschwunden. /b

21:22-22:09: Die Patientin fragt Dr. Greene nach einem Date. /c

22:10-22:35: Patient mit irgendwas am After bei Dr. Weaver.

22:40-23:12: Die Pflegerin bemerkt ein Händezucken bei einem Patienten. Er will sich von der Assistenzärztin aber nicht untersuchen lassen.

30:30-31:08: Dr. Ross findet den Jungen, der meint Superkräfte zu haben. /b

31:37-32:42: Der Infektiologe teilt dem Patienten und seiner Frau die Diagnose der tertiären Syphilis mit, woraufhin die schuldbewusste Frau das Zimmer verlässt. /a

36:25-37:35: Der Junge hat gerade die Versorgung eines Polytraumas gesehen. Dr. Ross spricht nun mit ihm. /b

41:12-41:50: Dr. Greene trifft die Patientin zu einem Date. /c

Staffel 3, Episode 14: „Whose Appy Now?"

02:50-03:05: Junge mit Atemstillstand durch verschluckte Kugel.

11:19-12:26: Junger Mukoviszidose-Patient, der in Lebensgefahr schwebt, aber nicht intubiert werden will. /a

12:27-13:36: Psychisch auffälliger Patient, der erst durch den Psychiater ansprechbar wird.

13:40-14:29: Dr. Ross erfährt, dass der Patient erst 17 Jahre alt ist und intubiert ihn deshalb gegen seinen Willen. /a

15:35-17:12: Die Mutter kommt hinzu und will, dass der Patient weiterhin intubiert wird. /a

19:45-20:21: Dr. Benton will sich selbst schallen. Dr. Weaver kommt hinzu, untersucht ihn und stellt Diagnose einer Appendizitis.

21:30-21:58: Dr. Ross und Dr. Weaver diskutieren den Fall. /a

24:11-25:11: Dr. Ross spricht mit dem Patienten. /a

26:43-27:48: Dr. Ross spricht mit der Mutter. /a

31:26- 31:52: Der Patient verschlechtert sich. /a

33:12-34:50: Der Patient erleidet einen weiteren Atemstillstand, kurz vor dem Exitus entscheidet sich die Mutter doch noch zur Intubation, welche Dr. Ross widerwillig durchführt. /a

38:15-38:38: Bei der Verlegung des Patienten entschuldigt sich Dr. Ross bei ihm. /a

Staffel 3, Episode 15: „The Long Way Around“

Überfall eines Lebensmittelladens bei dem Notfallpflegerin Heataway festgehalten wird. Zum Ende der Episode notfallmässige Versorgung eines angeschossenen Täters im Krankenhaus.

Staffel 3, Episode 16: „The Faith“

09:0-10:23: Patientin mit Down-Syndrom und Atemnot. /a

12:06-13:38: Mutter der Patientin trifft ein. Dr. Greene meint, dass Patientin Herztransplantat benötigt. /a

14:34-15:58: Kardiologe erklärt Dr. Greene, wieso die Patientin nicht auf der Transplantationsliste steht. /a

16:48-17:50: Dr. Carter Anamnese bei Patientin mit Bauchschmerzen. /b

17:51-18:50: Dr. Greene untersucht die Patientin weiter. /a

19:53-21:20: Chefarzt der Chirurgie macht Visite bei der Patientin und diskutiert den Fall mit Dr. Carter vor ihr. /b

21:20-23:25: Dr. Greene spricht mit einer Person im Transplantationskomitee den Fall. /a

24:42-25:10: Der Zustand der Patientin verschlechtert sich. /b

25:11-25:58: Dr. Benton führt eine Zirkumzision bei einem älteren Patienten durch.

25:58-27:55: Dr. Patient mit Mukoviszidose von Folge 14 ist volljährig geworden und wird von Dr. Ross extubiert. /c

27:56-29:40: Dr. Carter stellt den Fall einer Oberärztin vor, da er denkt, dass es sich im einen Dünndarmileus handelt. Der Chefarzt kommt hinzu und gibt Dr. Carter recht. /b

29:41-31:09: Die Patientin wird auf die Transplantationsliste aufgenommen. /a

31:17-32:11: Der Patient verlässt das Krankenhaus. /c

34:00-36:30: Die Mutter Patientin lehnt nun eine Herztransplantation ab. Dr. Greene spricht mit ihr darüber. /a

Staffel 3, Episode 17: „Tribes“

01:06-01:56: Patientin die möglicherweise Opfer sexueller Gewalt wurde. /a

01:57-02:19: Patientin mit Stechapfelintoxikation.

04:02-04:36: Psychomotorisch unruhige Patientin. Mit Brennen im Hals. /b

04:56-05:37: Drogentest war positiv. /a

09:43-10:25: Dr. Carter untersucht die Patientin. /b

12:39-13:24: Pflegerin untersucht die Patientin gynäkologisch. /a

17:24-18:10: Dr. Carter bespricht die erhaltenen Dokumente des anderen Krankenhauses mit der Patientin. /b

18:10-18:40: Patientin wird entlassen. /a

19:38-19:51: Kind hat Eheringe eines Hochzeitspaares verschluckt. Dr. Weaver zeigt Röntgenbild.

24:25-25:10: Dr. Weaver spricht mit einem Drogenabhängigen, der per Ambulanz gekommen ist und intensivmedizinisch versorgt wurde. /d

27:37-28:04: Dr. Carter bespricht das EKG mit der Patientin. /b

28:36-28:47: Kinder mit Sportunfall. /c

31:26-32:09: Dr. Ross will die Kinder untersuchen, doch die Väter streiten sich heftig. /c

33:54-34:40: Dr. Weaver gibt dem Drogenabhängigen Demorol, damit er zur Psychiatrie geht. /d

37:00-37:45: Die Patientin hat einen Herzinfarkt und einen vorübergehenden Herzstillstand. /b

38:32-38:48: Dr. Greene spricht mit der Patientin nachdem sie zu sich gekommen ist. /b

40:40-41:10: Der Patient entlässt sich und Dr. Weaver versucht erfolglos ihn davon abzuhalten. /d

Staffel 3, Episode 18: „You Bet Your Life“

06:18-07:10: Dr. Carter bei Patient, der sich übergibt. Spärliche Anamnese. /b

08:02-08:58: Patientin mit akutem Abdomen. Dr. Greene meint, dass es sich um Porphyrie handelt. /a

09:45-10:37: Die vermeintliche Porphyrie stellt sich als psychiatrisches Problem heraus. /a

14:09-15:00: Patient erklärt dem Patienten, dass er einen Mesenterialinfarkt hat. /b

15:02-15:44: Patient(Marine-Soldat), der von Pflegerin unsanft gestochen wird, da er vor der Ärztin angibt.

16:05-16:48: Dr. Greene spricht mit der Psychiaterin, der die Patientin bereits bekannt ist. Sie meint, dass die Patientin bei Operationsverweigerung Dinge verschluckt. /a

18:40-19:40: Der Chefarzt will den Patienten nicht operieren. Dr. Carter versucht dies dem Patienten zu erklären. /b

20:40-20:57: Dr. Carter forciert über eine Oberärztin die Operation. /b

20:35-23:03: Dr. Ross bei junger Patientin mit Gallenstein. /c

25:00-25:48: Dr. Greene will eine Gastroskopie durchführen. /a

26:48-27:38: Dr. Ross meint, dass eine Operation nötig sei. Die Patientin will jedoch an ihren Abschlussball. /c

30:06-30:27: Dr. Ross lässt die Patientin mit dem Krankenwagen an den Ball fahren um danach gleich zurück gebracht zu werden. /c

36:55-37:50: Der Patient hat die Operation überlebt. Dr. Carter ist an seinem Bett. /b

39:52-40:15: Die Patientin ist zurückgekommen. /c

Staffel 3, Episode 19: „Calling Dr. Hathaway“

09:56-10:15: Der Chefarzt beauftragt Dr. Edson damit, die Anamnese bei einem Patienten zu machen, der gleich operiert wird. /b

11:40-12:03: Patientin, die beim Urinieren in einem Eimer stecken geblieben ist. /a

13:25-14:07: Dr. Greene entfernt den Eimer. /a

17:30-17:52: Dr. Carter hat einen Patienten mit Anaphylaxie behandeln müssen(14:09-14:56), da sein Kollege die Anamnese nicht gemacht hat. /b

18:20-18:56: Pflegerin Hathaway(die nun Medizin studieren wird) wird von Dr. Weaver zu einer Patientin geholt um einen Bauchbefund zu tasten.

21:46-22:27: Der Chefarzt kommt hinzu. Dieser meint, dass die Anamnese richtig gemacht wurde, da Dr. Edson nachträglich heimlich den Anamneseeintrag geändert hat. /b

23:23-24:12: Der Mann der Patientin hat einen Knopf in der Nase, den Dr. Greene entfernt. Er denkt, dass es sich um ein psychologisches Problem des Paares handelt. /a

26:46-28:06: Das Paar entpuppt sich als „Forschungsteam“. /a

31:22-32:13: Dr. Carter hat die Geschichte einer befreundeten Assistenzärztin erzählt. Diese versucht Carter dazu zu bringen vor dem Chefarzt die Wahrheit zu sagen. /b

32:23-33:12: Dr. Edson bittet Carter nichts zu erzählen. /b

Staffel 3, Episode 20: „Random Acts“

08:10-08:32: Vater mit Patientin mit Fleischwunde am Bein durch eine Säge werden von Dr. Greene angeschaut. /a

09:16-10:22: Dr. Greene beauftragt Dr. Doyle mit der Wundversorgung was dem Vater missfällt. /a

17:23-18:26: Dr. Ross bei Junge mit gebrochenem Arm. Untersucht ihn aufgrund rez Stürzen neurologisch. (Augenarzt-Konsil ergibt Retinitis pigmentosa) /b

26:08-28:47: Dr. Ross spricht mit den Eltern. /b

Staffel 3, Episode 21: „Make a Wish“

20:09-20:36: Patient mit akuten Bauchschmerzen bei Dr. Carter. Vd.a. Perforation /a

23:09-24:15: Dr. Ross reponiert Handwurzelknochen eines Jungen. Er singt um ihn zu beruhigen.

24:40-26:47: Dr. Carter erklärt dem Patienten, dass er eine Operation benötigt. Dieser wehrt sich aber wehement gegen eine Operation aufgrund einer tödlichen Operation bei seinem Vater. /a

Staffel 3, Episode 22: „One More For The Road“

07:05-08:08: Pädiatrische Assistenzärztin Dr. Del Amico bei Junge mit Schmerzen in der Hüfte. (später entlässt Dr. Ross den Jungen mit Ibuprofen ohne die orthopädischen Untersuchungen durchführen zu lassen)

09:27-10:10: Patient mit Brustschmerzen wird Dr. Greene von Dr. Doyle vorgestellt. /a

10:11-10:55: Nicht ansprechbarer, älterer Patient mit akutem Abdomen mit seiner Ehefrau. /b

14:28-15:10: Der Patient erleidet einen Herzinfarkt. /a

15:11-15:55: Dr. Carter kommt zum Fall hinzu. /b

17:36-17:56: Der Patient wird verlegt. /a

18:15-19:46: Dr. Carter spricht mit der Ehefrau über die Diagnose des paralytischen Ileus und die aktuelle Versorgungssituation zuhause. Die Frau will nichts von einem Pflegeheim wissen. /b

29:27-29:40: Ernährungsberatung und andere erscheinen auf Dr. Carters Bitte hin. /b

31:00-32:00: Gespräch über mögliches Vorgehen mit den anderen Fachkräften. /b

33:20-33:46: Der Patient erholt sich. /a

40:50-41:10: Carter erzählt dem Chefarzt, dass der Patient und seine Frau nun in ein Pflegeheim gehen. /b

Staffel 4, Episode 1: „Ambush“

Ganze Folge wird durch Team von „Dokumentarfilmern“ betrachtet.

06:28-07:37: Patient mit Kurzatmigkeit bei Dr. Greene. /a

11:40-12:46: Dr. Greene will den Patient noch im Krankenhaus belassen wegen erhöhtem MK-MB. /a

13:04-14:14: Patient muss in Notsituation angeben, ob er einen Luftröhrenschnitt bekommen soll. /b

18:27-19:53: Dr. Carter spricht mit der Ehefrau, welche eine DNR-Erklärung bringt. /b

20:00-21:00: Dr. Ross untersucht die Bisswunde eines Kleinkindes.

21:01-21:40: Dr. Greene spricht mit einer Crack-abhängigen Patientin.

37:40-37:58: Dr. Greene spricht mit der Frau eines querschnittgelähmten Patienten. /c

38:39-40:19: Die Frau spricht mit ihrem Ehemann bis Dr. Greene ihn intubieren muss. /c

Staffel 4, Episode 2: „Something New“

10:00-10:27: Dr. Del Amico entlässt einen Jungen mit gebrochenem Arm, der nun gegipst wurde.

22:18-22:57: Dr. Ross bei Junge mit Husten Vd.a. Pneumonie. Patient und Eltern sprechen nur spanisch, weshalb Übersetzer angefordert wird. /b

23:49-24:07: Junge Patientin nach Synkope bei Dr. Greene. /a

25:50-26:40: Der neue Medizinstudent auf der Notfallstation hat versucht eine Anamnese bei einer älteren Patientin zu erheben und hat nun einen unsortierten Haufen an Beschwerden erfasst. /c

26:43-27:24: Pflegerin Hathaway spricht noch einmal mit der Patientin und untersucht ihren Mund. Vd.a. Anorexia. /a

27:29-28:22: Älterer Patient der konfabuliert und absolut desorientiert ist. Vd.a. Korsakow. /d

28:52-29:19: Pflegerin, die spanisch spricht kommt hinzu um Diagnose Bronchitis zu erklären. /b

29:20-30:00: Sozialarbeiter möchte mit der Patienten sprechen, welche aber unruhig wird. /c

31:30-32:33: Breaking Bad News: Dr. Del Amico teilt dem Patienten den Befund des Hirntumores mit. /d

36:56-37:18: Der Junge erbricht Blut. /b

38:22-38:39: Dr. Ross kommt hinzu und deckt das Missverständnis auf. /b

38:40-39:00: Der Patient wird verlegt, hat aber bereits wieder vergessen, dass er im Krankenhaus ist. /d

Staffel 4, Episode 3: „Friendly Fire“

13:20-15:00: Dr. Carter bei bewusstloser Patientin. Spricht mit dem Ehemann der nicht weiss was passiert ist. Stellt Hirntod fest, traut sich aber nicht es zu sagen. /a

20:35-22:02: Teilt dem Ehemann mit, dass Frau nicht mehr zu sich kommen werde. Sie erwacht spontan. /a

22:30- 23:13: Dr. Greene kommt hinzu. /a

28:40-29:11: Patientin aus der letzten Folge kommt in schlechtem AZ zurück.

29:17-30:24: Patientin hat geplatztes Aneurysma. Ehemann will beinahe dem Eingriff nicht einwilligen. /a

Staffel 4, Episode 4: „When The Bough Breaks“

11:27-11:56: Junge mit Verschlechterung des Asthmas. /a

12:05-12:45: Grossmutter des Jungen will Dr. Ross und holt ihn selbstständig hinzu. /a Massenereignis bei verunfalltem Schulbus.

26:45-27:36: Dr. Carter versorgt Junge mit Fremdkörper in der Hand.

28:00-28:46: Patient nach Autounfall.

29:32-30:10: Verwirrter Patient. /b

31:50-32:33: Dr. Carter bei Polytrauma. Stellt ein paar Fragen.

33:20-33:50: Intensivierung der Asthmabehandlung. Neu aufgetretene Bauchschmerzen werden abgeklärt. /a

37:15-37:40: Dr. Ross spricht mit Dr. Del Amico wegen Informationen, die sie ihm vorenthalten hat. /a

37:41-38:35: Breaking Bad News: Dr. Ross teilt Mutter mit, dass ihr Sohn wegen des Busunglücks verstorben ist.

39:29-39:50: Dr. Greene gibt dem Patienten nach Rücksprache mit dem Hausarzt Haldol. /b

Staffel 4, Episode 5: „Good Touch Bad Touch“

07:25-07:56: Arztassistentin zieht Dr. Greene hinzu bei Patientin mit Vd.a. Cholezystitis. Patientin will intim angefasst werden und drückt Dr. Greenes Hand an sich.

10:09-11:08: Medizinstudent stellt Dr. Del Amico Patient mit Kurzatmigkeit vor. Dann macht sie eine Anamnese. /a

15:52-16:27: Dr. Carter Anamnese bei Patient mit hypertensiver Krise.

16:28-17:56: Dr. Del Amico hat wegen dem Röntgen Vd.a. testiculären Tumor. Will Skrotum des Patienten abtasten ohne ihm den Grund zu sagen, doch er bekommt eine Erektion. /a

19:28-20:56: Breaking Bad News: Dr. Del Amico teilt dem Patienten mit, dass Vd.a. metastasierten Tumor besteht. Schafft es nicht empathisch zu sein. (später verschwindet der Patient ohne mit dem Onkologen zu sprechen)/a

28:46-30:09: Dr. Carter versucht bei einem heroinabhängigen Blut abzunehmen. Der Patient nimmt sich selber Blut wahrsch. aus der V. subclavia.

33:30-34:36: Dr. Del Amico findet den Patienten und spricht mit ihm. /a

Staffel 4, Episode 6: „Ground Zero“

09:30-11:29: Patient hatte verm. epileptischen Anfall. Dr. Ross meint, dass er vortäuscht um nicht ins Gefängnis zu müssen, was auch stimmt.

11:30-12:10: Dr. Del Amico teilt Diagnose Gonorrhoe mit.

16:29-17:39: Arztassistentin behandelt Patienten, dem eine Hantel auf den Kopf gefallen ist und eine Kuckluckclan-Tättooierung hat.

18:07-18:58: Patientin mit allergischen Beschwerden. Dr. Greene stempelt sie offen als Neurotikerin ab. /a

21:10-21:32: Die Patientin hat das Krankenhaus verlassen. /a

22:30- 23:35: Älterer Patient bewusstlos. Dr. Greene spricht mit der Ehefrau. /b

24:47-25:00: Patientin wird draussen von Dr. Carter gefunden. /a

25:50-26:50: Dr. Greene versucht mit der schwerhörigen Frau über den kritischen Zustand des Ehemannes zu sprechen, macht dies aber sehr schlecht. /b

Staffel 4, Episode 7: „Fathers and Sons“

Dr. Greene und Dr. Ross sind die ganze Folge lang unterwegs, wegen des Todes von Dr. Rosses Vater.

Staffel 4, Episode 8: „Freak Show“

14:32-15:18: Patient mit Schlangenbiss stabil via Ambulanz. /a

16:30-17:16: Dr. Benton spricht mit Vater eines Jungen, der Leberteilresiziert wurde. /b

17:36-18:15: Dr. Greene macht Abstrich vom Schlangenmund. /a

19:35-20:17: Versorgung der Bisswunde an der Brust. /a

21:22-22:38: Benton fragt den Vater nach dem Einverständnis für eine genetische Studie, wegen des Situs inversus. /b

22:39-23:30: Carters Student versucht eine Anamnese zu machen. /c

23:50-24:54: Patient entwickelt DIC. /b

25:54-26:20: Der Student schliesst die Anamnese ab. Danach kommt Dr. Del Amico zum Patienten. /c

26:53-27:50: Der Junge verstirbt. /b

28:40-29:34: Dr. Carter und Dr. Del Amico haben beide den Patienten diagnostiziert. /c

30:26-31:30: Dr. Benton will eine Autopsie zu Studienzwecken. /b

32:35-32:49: Der Patient wird entlassen. /a

Staffel 4, Episode 9: „Obstruction of Justice“

05:27-05:34: Patient mit Spinnenbiss am Arm. /a

07:16-07:57: Dr. Carter versorgt die Wunde. /a

07:58-08:52: Patient mit Sichelzellkrise der Codein möchte. Dr. Weaver ist kritisch gegenüber den Patientenangaben. /b

10:58-11:10: Der Patient will mehr Codein. /b

12:56-13:37: Der Patient wird entlassen. /a

26:13-27:12: Dr. Ross behandelt den Patienten und gibt ihm Schmerzmittel. /b

34:55-35:27: Dr. Weaver streitet mit Dr. Ross wegen dem Vorgehen. /b

Staffel 4, Episode 10: „Do You See What I See?“

05:00-05:30: Blinder Patient könne durch Dr. Benton nun sehen. /b

16:00-16:39: Breaking Bad News: Dr. Carter teilt Familie mit, dass der Patient gerade verstorben ist.

16:40-17:55: Dr. Greene bei Vergewaltigungsopfer. /c

19:33-20:18: Patientin, welcher in der letzten Folge einen Unfall hatte erwacht aus dem Koma. /a

27:47-28:40: Ärztin zieht den Tubus. /a

28:43-29:15: Arztassistentin spricht mit junger Patientin in Gratis-Sprechstunde über HIV-Test. Arztassistentin offenbart eigenen HIV-Status um sie zum Test zu überreden.

29:42-30:21: Der Patient ist zurück und könne nicht mehr sehen. /b

30:22-31:24: Dr. Greene spricht mit der Patientin über ihre Gefühle. /c

38:04-39:12: Dr. Benton teilt Diagnose Hypophysenadenom mit. /b

Staffel 4, Episode 11: „Think Warm Thoughts“

07:50-08:43: Arzt untersucht Knie eines Patienten.

15:28-15:58: Junger Patient mit Bauchschmerzen und B-Zell-Lymphom kommt mit dem Taxi. Sohn des Chefarzt der Chirurgie. /a

16:15-17:17: Dr. Greene nimmt den Jungen auf. /a

18:39-19:30: Patient mit Frostbeule. Ärztin findet Tamagochi, dass der Patient unbedingt will.

19:31-20:33: Arztassistentin nimmt dem Jungen Blut ab. /a

21:19-22:18: Verwirrte Patientin wird durch Hathaway aufgenommen. /b

24:06-25:22: Pflegerin untersucht die Patientin. Dabei entdeckt sie, dass sie vergewaltigt geworden sein könnte. /b

26:35-27:32: Es werden Röntgenbilder gemacht. /a

30:22-31:08: Dr. Ross bei schwangeren Patientin mit Minderintelligenz, die Hilfe beim Lebensmittelkauf benötigt.

31:09-32:38: Dr. Greene untersucht die Patientin gynäkologisch. /b

41:50-43:03: Pflegerin Hathaway spricht mit der Patientin, die sich an die Vergewaltigung erinnert. /b

Staffel 4, Episode 12: „Sharp Relief“

05:15-06:22: Arztassistentin spricht mit dem Jungen aus der letzten Folge (Sohn des Chefs) über Ängste wegen der Operation. /b

06:23-07:00: Patientin aus vorheriger Folge, deren Stimmbänder noch nicht funktionieren. /a

07:49-09:05: Patient mit Parasit im Bein, der teilentfernt wird.

14:22-14:52: HNO-Operateur spricht während der Operation mit der Patientin. /a

36:37-37:40: Arztassistentin beim Jungen nach der Operation. /b

Staffel 4, Episode 13: „Carter’s Choice“

22:55-23:49: Schwangere Patientin mit Bauchschmerzen, die sich als Wehen heraus stellen. /a

27:10-28:20: Die Patientin scheint nicht alles zu verstehen was passiert, da sie geistig eingeschränkt ist. /a

30:27-32:33: Schwester kommt hinzu. Die Patientin gebährt. /a

32:34-33:35: Die Schwester meint, dass das Kind weggegeben werden müsse. /a

40:22-40:55: Pflegerin zeigt den Eltern, wie sie das Kind einwickeln. /a

Staffel 4, Episode 14: „Family Practice“

Diese Folge zeigt Dr. Greene der seine Familie besucht.

14:02-15:44: Neurologisches Assessment bei Patientin(Dr. Greenes Mutter) mit Persönlichkeitsveränderung nach Sturz. /a

17:25-18:31: Lumbalpunktion wird durchgeführt. Dr. Greene will eine Zweitmeinung. /a

27:18-27:50: Arzt spricht mit Greene. /a

Staffel 4, Episode 15: „Exodus“

05:43-06:05: Patient, der kurz kollabiert ist. /a

07:20-08:00: Dr. Carter macht Sehtest bei älterer Patientin.

08:45-09:12: Dr. Weaver will durch weitere Tests Herzinfarkt ausschliessen. /a

10:55-11:30: Mädchen im Delir bei Dr. Ross. /b

11:31-12:29: Weitere ophthalmologische Untersuchung durch Dr. Carter. /c

12:30-13:58: Dr. Ross intubiert das Mädchen. Die Mutter will erst eine dringend benötigte Dialyse verweigern. /b

15:11-15:40: Der Patient wird entlassen. /c

Ab 16:00 Chemieunfall, der zu einer Krisensituation in der Notaufnahme führt bis fast zum Ende der Folge.

34:12-36:02: Patient kollabiert erneut. Carter taucht den Kopf des Patienten in Eiswasser um die Tachykardie zu beenden. /a

36:49-37:53: Mädchen wird extubiert. Mutter kommt hinzu. /b

Staffel 4, Episode 16: „My Brother's Keeper"

07:42-08:10: Junge mit Intox von unbekanntem Stoff. Der Vater hat mögliche Stoffe vorbeigebracht. /a

08:58-09:32: Älterer Patient mit Husten, der eine Reise antreten möchte wird von Dr. Carter untersucht..

09:34-11:55: Der Bruder scheint zu wissen, was der Junge getrunken hat. Dr. Ross spricht mit dem Jungen bis er herausfindet, dass er Fotoentwickler getrunken hat. /a

12:43-13:40: Patient mit Kurzatmigkeit bei Vd.a. Pleuraerguss durch bekannten Lungentumor. /b

17:13-18:09: Arztassistentin bei Junge mit B-Zell-Lymphom aus den vorherigen Episoden.

18:10-19:13: Dr. Ross spricht mit der Mutter, dass die Fürsorge entscheiden wird über den weiteren Verbleib der Kinder. /a

25:20-26:02: Der Patient wird mit der Ambulanz zurück gebracht. /b

26:03-26-50: Dr. Del Amico erklärt dem Sohn eines Patienten, dass ein geplatztes Aneurysma wohl zum baldigen Tod des Patienten führen wird, ausser er würde operiert werden. /c

29:28-30:40: Die Chefärztin der Neurochirurgie meint, dass eine Operation keine Option sei und der Patient definitiv versterbe, was der Sohn nicht akzeptieren will. /c

33:13-34:07: Der Patient hat sich mit einer Schusswaffe suizidiert. /b

37:01-37:40: Der Bruder des Jungen wird in ein Heim gebracht. /a

37:53-39:08: Dr. Del Amico spricht mit dem Sohn, woraufhin ein Neurochirurg eines anderen Krankenhauses den Patienten zum OP abholt. /c

Staffel 4, Episode 17: „A Bloody Mess"

07:12-07:57: Schwangere Patientin die synkopiert ist mit Ehemann. /a

09:54-10:37: Patientin synkopiert wieder. Dr. Del Amico spricht mit dem Ehemann. /a

13:48-15:02: Der Zustand verbessert sich durch Rehydrierung. Del Amico schlägt Massnahmen vor um die Gesundheit der Mutter zu stabilisieren. /a

15:26-16:18: Dr. Corday wird vom Sohn eines Patienten verantwortlich für den kritischen Zustand gemacht, da sie ohne Zustimmung experimentellen Blutersatz gegeben hat. /c

16:20-16:54: Dr. Ross beim Jungen mit B-Zell-Lymphom. /b

17:51-18:31: Pflegerin gibt junger Patientin Progesteron-Injektion und macht gyn. Anamnese. /d

18:43-19:24: Der Ehemann denkt dass Del Amico um jeden Preis das Kind retten will, weil sie katholisch ist. /a

22:45-23:22: Knochenmarkbiopsie. /b

31:16-31:54: Patientin und ihre Mutter kommen zurück, da die Mutter die Kondome gefunden hat. Die Pflegerin sagt der Mutter nichts. /

32:57-34:15: Patientin erzählt, dass sie mit ihrem Lehrer schläft. Patientin ist minderjährig. /d

35:19-35:50: Der Patient ist nachträglich einverstanden mit der Studienteilnahme. /c

Staffel 4, Episode 18: „Gut Reaction“

02:25-03:08: Dr. Ross will ein Kind mit Fieber untersuchen und nimmt es der Mutter weg, da sie es wieder mitnehmen will. /a

04:03-04:13: Nach den Untersuchungen entlässt er das Kind. /a

11:26-14:08: Junge mit B-Zell-Lymphom aus den vorherigen Episoden will experimentelle Behandlung versuchen. /b

16:21-17:20: Dr. Ross will sich vergewissern, dass der Junge versteht, was die experimentelle Behandlung bedeutet. /b

38:30-39:05: Patient wird erfolgreich reanimiert. /b

42:43-44:18: Arztassistentin spricht mit dem Patient erneut über das weitere Vorgehen. Dieser will keine weitere Behandlung. /b

Staffel 4, Episode 19: „Shades of Gray“

07:37-08:28: Psychiatrischer Patient, der durch seine Art das Asthma eines jungen Patienten zum exazerbieren bringt.

10:20-10:35: Schwangere Traumapatientin. /a

13:39-14:40: Älterer Patient, der ins Bett uriniert mit rez. HWI. Der Sohn will einfach nur Antibiotika. /b

16:10-17:11: Nach der Stabilisierung kollabiert die Patientin und wird intubiert. /a

17:12-18:09: Dr. Carter lässt den Patienten in ein Heim platzieren, da er Zeichen für Vernachlässigung gefunden hat. /b

18:10-20:33: Dr. Del Amico behandelt ein Bombenopfer. Untersucht die Augen.

20:34-21:34: Dr. Ross erklärt dem Ehemann, dass seine Frau nicht mehr zu sich kommen wird, aber das Kind gerettet werden kann. /a

24:25-25:06: Dr. Del Amico bei Patientin nach intensivmedizinischem Eingriff. /c

25:07-26:20: Der Patient will nicht in ein Heim. /b

27:51-28:34: Die Eltern kommen zu der Patientin. /a

28:34-29:33: Dr. Weaver tritt der Patientin auf den Schlips. /c

29:34-30:52: Dr. Ross zeigt den Angehörigen die Optionen auf. /a

38:02-38:58: Die Eltern wollen dass, das Kind ausgetragen wird, aber sie das Sorgerecht bekommen. /a

38:59-39:52: Der Patient wird abgeholt, obwohl Carter den Patient nun doch nach Hause gehen lassen möchte. /b

Staffel 4, Episode 20: „Of Past Regret And Future Fear“

08:02-08:49: Patient mit chemischer Verbrennung. /a

10:05-12:25: Die chemische Reaktion ist letal und Dr. Greene teilt dem Patienten mit, dass er in wenigen Stunden sterben wird. /a

12:26-13:05: Patient erzählt von seiner Tochter. /a

14:58-15:28: Dr. Weaver bei Patientin mit Abgeschlagenheit und Husten. /b

17:03-17:53: Die Tochter des Patienten wird nicht kommen. /a

19:21-20:12: Patient bittet Pflegerin seine finanziellen Angelegenheiten zu regeln. /a

23:32-24:26 Dr. Carter untersucht Patient mit möglicher Cerebralparese. /c

24:27-25:12: Diagnose atypische Pneumonie. Wahrscheinlich durch einen Vogel. /b

26:03-27:17: Pflegerin spricht mit Ex-Frau des Patienten, welche nicht will, dass die Tochter sich verabschiedet. /a

28:00-29:22: Säugling einer Methadonabhängigen, welches Methadonsubsituiert wird mit Fieber. /d

29:23-20:26: Der Patient will, dass die Ärzte eine Telefonnummer anrufen. /c

31:08-32:41 Neue Verdachtsdiagnose Pneumocystis-Pneumonie(PCP). Dr. Weaver hat illegalerweise bereits einen HIV-Test gemacht, der positiv war. /b

32:42-33:48: Pflegerin spricht mit dem Patient. /a

33:50-34:56: Die Assistentin des Patienten kommt hinzu. /c

37:22-37:40: Die Mutter hat das Kind allein gelassen. /d

37:42-39:35: Pflegerin liest dem Patient den Brief vor, den er an seine Tochter geschrieben hat. Währenddessen verstirbt er. /a

Staffel 4, Episode 21: „Suffer the Little Children“

01:43-02:24: Der Zustand des methadonabhängigen Kind aus der letzten Folge hat sich verbessert. Die Mutter ist aber weiterhin abwesend.

09:27-11:05: Patientin mit Fieber und Gesichtserythem nach Facelifting wird von Dr. Greene untersucht. /a

11:10-12:02: 2jähriger Junge mit Rattenbiss. Eltern sprechen nur spanisch. Pflgerin übersetzt.

13:10-13:45: Patient mit PAVK wird von Chirurgen gesehen. Mini-PAVK-Anamnese.

15:10-15:57: 11-jähriger Junge wird bewusstlos von Eltern in die Notaufnahme getragen. Notfallanamnese durch Dr. Carter. /b

15:58-17:27: Dr. Del Amico sagt Patientin, dass Nierenfunktion nachlässt. /a

17:58-19:12: Dr. Greene und Dr. Carter beraten sich und ergänzen die Anamnese. /b

19:26-19:50: Dr. Carter nimmt blaues Blut ab und erklärt den Eltern was Methämoglobin ist. /b

25:03-25:30: Carter spricht mit dem Jungen. /b

27:10-27:30: Dr. Greene will nicht, dass der Partner der Patientin eine Fernsehübertragung aus der Notaufnahme macht und spricht mit ihm. /a

30:15-31:45: Fernsehübertragung vom Krankenbett aus. Dr. Del Amico wird eingespannt. /a

37:24-39:26: Dr. Del Amico spricht den Ernst des Diabetes an. /a

Staffel 4, Episode 22: „A Hole in the Heart“

07:42-08:10: Patient mit Handsymptomen bei Dr. Weaver. /b

09:40-10:45: Pflegerin versorgt Patient, der sie den Unterarm aufgeschnitten hatte. /a

15:40-16:25: Psychiatrisches Konsil. Psychiater will Patient entlassen. /a

17:33-18:05: Dr. Weaver entlässt den Patienten. /b

19:35-20:18: Frau von Patient mit Meningeom, der im Koma ist. /c

22:15-22:43: Patient kommt zurück, da der Apotheker wegen der Versicherung nur Heparin geben will. /b

23:12-23:56: Dr. Carter überprüft den Zustand des Patienten. Die Frau redet mit ihm währenddessen. /c

26:21-27:21: Carter erklärt die MRI-Befunde und die schlechte Prognose. /c

36:30-38:40: Der Patient ist zurück. Hat auf seine Familie geschossen, die in seinem Auto ist. /a

41:20-41:40: Arztassistentin beim Patient. /a

43:10-43:25: Patient im Bett. /a

Staffel 5, Episode 1: „Day for Knight“

00:36-01:20: Mann wird liegend mit Kopfwunde auf der Strasse gefunden. Medizinstudentin kommt hinzu. Dann Dr. Greene und Pflegerin.

08:02-08:28: Dr. Ross fragt die Medizinstudentin über Otitis media aus.

13:27-13:57: Dr. Carter mit Medizinstudentin(Lucy Knight) Anamnese und Untersuchung bei Patient mit Blut im Urin. /a

14:15-14:45: Lucy Knight initiiert das Gespräch bei einer Patientin.

15:42-16:36: Carter teilt dem Patient, dass Verdacht auf Krebs besteht. /a

17:03-18:20: Studentin spricht mit Frau des Patienten, um ihn zu Bleiben zu bewegen. Benutzt nur Jargon. Patient und seine Frau verlassen das Krankenhaus. /a

20:45-21:20: Dr. Greene geht mit Studentin den GCS durch. /d

26:19-27:47: Dr. Carter mit Studentin Anamnese bei schwangerer Patientin in neunter Woche mit Blutungen. /b

29:49-32:09: Dr. Carter führt die gynäkologische Untersuchung durch und teilt der Patientin mit, dass sie eine Fehlgeburt hatte. /b

32:39-33:20: Dr. Ross klärt Mutter eines Jungen über Nadelaspiration bei Peritonsillarabszess auf.

34:02-34:40: Patientin, der eine Hantel auf den Fuss gefallen ist. /c

34:47-37:55: Breaking Bad News: Dr. Greene teilt Frau des Feuerwehrmannes mit, dass der Patient mit infauster Prognose im Koma ist. /d

37:56-39:11: Dr. Carter versorgt Wunde am Fuss eines Tauchers.

39:35-10:35: Lucy versorgt die Haarfraktur(?). /c

41:04-41:29: Frau des Patienten spricht mit der Medizinstudentin. /d

Staffel 5, Episode 2: „Split Second“

03:29-03:59: Grossmutter mit Kind, welches nur noch herumliege. /a

09:40-10:25: Dr. Ross hat Vd.a. auf epidermale Dysplasie. /a

17:41-18:50: Chirurgin bei Patient, dem ins Rektum geschossen wurde. Bekommt Stoma. Zimmerpartner macht sich darüber lustig.

21:23-21:46: Patient mit Anurie bei Pflegerin. /b

25:53-26:38: Patient raucht im Zimmer. Doktor war bereits da und hat Katheter verordnet. /b

27:41-28:25: Kind mit Stridor bei Dr. Ross. /c

30:45-31:58: Bekannte teilt Pflegerin mit, dass der Patient nur vortäusche, da er, medizinische Massnahmen geniesse. Pflegerin organisiert Psych-Konsil. /b

34:15-34:45: Dr. Ross macht Endoskopie. Diagnostiziert HPV. /c

35:56-36:39: Fragt Mutter nach Geschlechtskrankheiten und macht ihr Vorwürfe. Kind ist aber adoptiert. /c

40:40-41:15: Dr. Ross bei jugendlichem Patient, der trotz Morphin Schmerzen hat.

Staffel 5, Episode 3: „They Treat Horses Dont They“

06:05-06:36: Arztassistentin bei Junge mit Gewichtsverlust, der Würmer erbrochen hat.

08:10-09:00: Patientin aus Folge 5x01 zeigt ihren Zehen nochmals Dr. Carter und flirtet mit ihm. /b

11:18-12:11: Dr. Ross bei Mädchen mit pathologischer Fraktur am Bein. Erfragt den genauen Unfallmechanismus. /a

16:15-17:34: Ältere Patientin wurde von Nachbarin ohnmächtig aufgefunden. Intensivmedizinische Versorgung durch Dr. Carter.

17:35-18:20: Dr. Ross teilt den Eltern den Verdacht eines Sarkoms mit. /a

26:15-27:00: Patientin will mit Dr. Carter ausgehen. /b

27:01-27:50: Patient mit Status asthmaticus wird bewusstlos und muss intubiert werden.

31:53-34:00: Patientin will Antworten von Dr. Ross. Diskutieren die Behandlungsoptionen worunter auch die Beinamputation ist. /a

40:00-40:50: Die Eltern sind aufgebracht, dass Dr. Ross der Patientin andere Optionen aufgezeigt hat. /a

Staffel 5, Episode 4: „Vanishing Act“

05:45-06:54: Patient mit Atembeschwerden. Studentin Knight stellt den Patient Dr. Carter vor.

09:50-10:38: Patient mit Stichwunden wird intensivmedizinisch versorgt. /a

13:47-14:55: Patientin aus der letzten Episode. Dr. Ross bei der Patientin vor der Amputation. /c

15:58-16:37: Patient will die Notfallstation verlassen. (Verlässt die Notfallstation später und wird angeschossen wieder zurück gebracht.) /a

17:08-17:50: Arztassistentin Anamnese bei Patient nach Autounfall. /b

20:10-22:16: Patient will gehen um sich zu rächen. Pflegerin hält ihn zurück. /a

24:17-25:14: Spricht darüber, dass das Lebertransplantat nicht mehr richtig funktioniere. /b

27:39-28:33: Dr. Ross hat epidurale Schmerzbehandlung vorbereitet. /c

31:19-32:25: Arztassistentin beschuldigt den Patient damit gelogen zu haben. /b

Staffel 5, Episode 5: „Masquerade“

01:10-01:35: Hochschwangere Patientin mit Verwirrtheit. /a

04:12-04:53: Dr. Greene findet keine Anzeichen dafür, dass die Patientin schwanger ist. /a

08:28-08:56: Stark alkoholisierter Patient der Entzug möchte. /b

09:37-10:15: Junge mit Hives(?).

10:16-10:30: Nach Katheterisierung löst die Patientin mehrere Liter Urin. /a

12:46-14:10: Patientin meint, dass Haldol ihrem Kind schaden würde. Dr. Greene hat keinen SS-Test gemacht. /a

15:14-16:18: SS-Test ist positiv. Dr. Green spricht mit der Patientin über die Schwangerschaft. /a

16:53-18:19: Patient wird erneut eingeliefert. (Später haut er wieder ab nachdem Dr. Greene ihm einen Platz für den Entzug organisiert hat.) /b

18:32-19:00: Pflegerin und Dr. Weaver versuchen erfolglos Blutabnahme bei Mädchen, dass starke Angst vor Nadeln hat. /c

19:54-20:52: Dr. Ross betäubt die Haut des Mädchens mit einem Pflaster und nimmt dann Blut ab. /c

26:15-27:55: Dr. Edson teilt Eltern eines gerade operierten Mädchens mit, dass sie genetisch ein Junge ist. /d

32:12-33:13: Dr. Cardae(?) bei dem Mädchen. /d

Staffel 5, Episode 6: „Stuck on you“

07:28-09:15: Patient kommt nach intensivmedizinischer Behandlung zu sich. Dr. Greene schlägt HIV-Test vor weil sich der Patient prostituiert. /a

11:02-11:39: Dr. Carter will von der Studentin sehen wie die Lungenuntersuchung gemacht wird.

11:40-12:31: HIV-Test ist negativ. /a

15:49-16:08: Arztassistentin bei Mädchen mit vermeintlich gebrochenem Bein. Hat Verdacht auf Misshandlung. /b

16:11-17:11: Patient hat Beinschmerzen. Hat bekannten Protein S-Mangel. /a

18:56-19:55: Dr. Carter mit Studentin bei Junge mit Halsschmerzen. /c

20:30-21:23: Vater erklärt aktuelle und frühere Verletzungen mit Rekordversuchen der Tochter. /b

25:54-26:43: Dr. Greene entlässt den Patient. /a

27:47-28:18: Der Patient wird rehydriert. /c

34:20-35:20: Dr. Carter verabschiedet sich vor der Verlegung auf die Onkologie wegen der Leukämie. Mutter des Patienten findet überhört, dass die Rehydrierung nur erfunden war wegen der Versicherung. /c

35:21-36:43: Dr. Greene bringt den Patient heimlich aus dem Spital damit er nicht von der Polizei festgenommen wird. /a

Staffel 5, Episode 7: „Hazed and Confused“

09:00-10:05: Dr. Ross bei Mutter mit Säugling, der nicht mehr trinkt. /a

10:20-12:13: Dr. Greene mit Rettungssanitätern bei Patient zuhause, der sich absichtlich trepaniert hat mit einem Bohrer.

13:24-14:30: Dr. Carter mit Studentin bei Patient über dessen Diagnose sich die beiden nicht einig sind. Schliesslich Reiter-Syndrom(?).

19:49-20:50: Nach Ausschluss einer Meningitis spricht Dr. Ross mit der Mutter, die Arztassistentin mit der sechsjährigen Tochter. /a

24:28-25:11: Pflegerin bei Patientin mit akutem Abdomen. /b

26:36-27:20: Arztassistentin spricht weiter mit der Tochter. /a

27:55-28:40: Ultraschall bestätigt die Schwangerschaft. /b

30:10-30:27: Dr. Ross sagt der Familie, dass sie dem Kind keinen Honig geben dürfen. /a

35:10-36:03: Die Patientin verlässt plötzlich das Krankenhaus. Pflegerin Hathaway findet heraus, dass die Patientin das Kind abtreiben will, weil es ein Mädchen ist und schreit sie an. /b

Staffel 5, Episode 8: „The Good Fight“

00:20-02:20: Dr. Carter erklärt dem Vater eines Mädchens mit Milzverletzung, dass sie operiert werden muss. Danach wird der Vater von der Studentin Knight weggebracht um seine Stirnwunde zu versorgen. /a

02:34-03:50: Das Mädchen kollabiert. /a

09:58-10:44: Das Mädchen kommt kurz zu sich. /a

18:45-19:24: Die Mutter kommt hinzu. Vielleicht kommt die rettende Transfusion(die Transfusion kann nicht verwendet werden das es kontaminiert wurde). /a

21:00-21:55: Dr. Carter bei Patientin zuhause die wohl aktive Tb hat.

22:00-22:25: Dr. Benton spricht mit der Mutter. /a

39:40-41:40: Dr. Carter hat den Vater gefunden, der das wohl rettende Blut spendet. /a

Staffel 5, Episode 9: „Good Luck Ruth Johnson“

07:04-07:20: Studentin Knight versucht Junge zu untersuchen, welches nicht untersucht werden will. Mutter hält ihn fest.

07:21-09:00: Dr. Ross bei Kind, welches angefahren wurde. Notfallanamnese und -untersuchung. /a

11:07-11:35: Weitere Untersuchung. /a

20:09-21:27: Eltern des verstorbenen Freundes kommen und sprechen mit dem Jungen. /a

23:45-24:33: Pflegerin geht erneut die Polizeifragen durch. /a

29:30-31:55: Pflegerin hat Pistolenmunition in den persönlichen Sachen gefunden. Der Junge erzählt, dass er den Freund erschossen hat. /a

35:15-35:58: Pflegerin spricht weiter mit dem Jungen. /a

40:15-42:10: Notfallmässige Spontangeburt.

Staffel 5, Episode 10: „The Miracle Worker“

05:43-06:51: Dr. Corday prä-OP bei Patient der Prostatektomie wegen eines Prostata-Ca bekommt. Patient hat Bedenken wegen der Operation. /b

07:06-08:04: Patient mit rezidivierender Supraventrikulärer Tachykardie. Will kardiovertiert werden. /a

09:12-10:00: Patient wird kardiovertiert. /a

10:26-11:06: Dr. Carter spricht mit der Mutter eines jungen Patienten, der gerade Reanimiert wird. /c

16:52-18:16: Patient hyperventiliert und wird mit Vd.a. MI auf den Notfall verlegt. /b

18:17-19:08: Massiv adipöser Patient bei Dr. Benton mit Bauchschmerzen. /d

19:10-20:16: Dr. Carter spricht mit der Mutter des nun Hirntoten Patienten. /c

20:17-21:45: Dr. Greene bei älterer Patientin die synkopiert ist. Die Patientin verweigert Labortests, da sie Dr. Greene nicht mag.

21:46-22:50: Der Patient ist wieder auf der Station, da es sich um eine Panikattacke gehandelt hatte. /b

22:51-23:34: Der Patient steckt im Stuhl fest. /d

25:06-25:55: Dr. Ross teilt Mädchen mit, dass sie schwanger ist und bespricht die Optionen. /e

29:06-29:55: Die Pflegerin spricht mit der Patientin, welche sich nicht entscheiden kann. /e

30:52-32:00: Dr. Corday(?) spricht mit dem Patient. /b

32:25-32:59: Der Patient hatte eine Essattacke und ist kollabiert. /d

33:05-33:53: Dr. Carter versucht erfolglos die Mutter zu überzeugen die Leber für eine andere Patientin zu spenden. /c

DOK Fortsetzung Folgt – Der Landarzt (2013):

Geht um DOK „Der Landarzt“ von 2008 und enthält viele Szenen davon.

01:48-04:39: Landarzt Hausbesuch bei 90jährigem mit Hüftschmerzen. /a

07:35-08:45: Patientin(Bäuerin) mit Thoraxtrauma durch einen Stierangriff. Nach Rx geprellte Rippen.

08:46-09:57: Patient(Bauer) Schmerzen nach Bodenwurf durch Stier.

14:17-16:52: 14-jähriger mit Fingerluxation. Wird reponiert.

17:15-20:04: Hausbesuch bei Patientin mit Fieber nach kürzlicher Pneumonie. Nimmt Blut, was die Patientin als sehr schlimm empfindet.

27:33-29:00: Patient mit Cholezystitis bei deutscher Praxisvertretung.

30:23-31:46: Im Altersheim bei der Frau des damaligen Hüftpatienten. /a

32:31-34:59: Medizinstudent Anamnese und Untersuchung bei Patientin mit Erysipel.

A Young Doctor's Notebook (2012-2013):

Staffel 1, Episode 1 /Episoden haben keine Titel

Spielt in Russland Sarajewo 1917

12:37-13:12: Junger Arzt frisch ab Staats bei Patientin mit Schwangerschaftskomplikationen. Traut sich nicht mehr als eine Frage zu stellen.

19:47-21:18: Patient mit Zahnschmerz. Arzt reisst einen Teil des Kiefers heraus.

Staffel 1, Episode 2

01:41-03:37: Arzt bei Patientin mit vermeintlicher Belladonnaintox ohne Intox-Symptome. Sie stellt sich als Belladonna-Dealerin heraus.

05:18-08:09: Patient mit genitaler Läsion. Arzt kann Ernst der Diagnose Syphilis nicht vermitteln.

09:17-10:10: Psychomotorisch erregter Patient will unbedingt den Arzt sehen.

19:43-20:39: Mutter mit Säugling mit Abszess im Gesicht.

Staffel 1, Episode 3

06:42-07:19: Arzt hört dem Patienten nicht wirklich zu und gibt ihm schliesslich Tropfen.

09:22-11:16: Mutter bringt Tochter, die im Sterben liegt. Arzt will operieren, doch wird er von Angehörigen abgehalten.

Danach bekommt er die Einwilligung der Mutter und kann die Tochter operieren.

21:33-22:03: Frau eines Syphilis-Kranken wird untersucht.

Staffel 1, Episode 4

02:05-02:58: Viele verschiedene Patienten u.a. Malaria und Syphilis.

12:38-15:19: Arzt reist zu weit entfernter Patientin die verunfallte. Arzt überdosiert Morphium bis sie verstirbt.

Staffel 2, Episode 1

Spielt 1918

Versorgung von Schusswunden wegen Revolutionskämpfen.

Staffel 2, Episode 2

05:59-07:26: Ein weiterer Kriegsverletzter. Anschliessend eine junge Patientin mit verletzter Schulter.

13:49-14:18: Arzt redet überschwänglich über Syphilis mit Besuch.

Staffel 2, Episode 3

01:54-02:50: Midwife fühlt sich nicht gut und möchte Hilfe vom Arzt, welcher sich nicht dafür interessiert. /a

10:40-11:38: Arzt bei Midwife. Er vermutet, dass es sich um Typhus handelt. /a

14:17-14:59: Der Zustand verschlechtert sich. Der Arzt holt jedoch nur ein paar Dinge aus dem Zimmer. /a

19:30-21:06: Der Arzt kommt zu der Patientin, die nun im Sterben liegt. Danach verstirbt sie. /a

Staffel 2, Episode 4

Keine Szenen.

Everwood (2002-2006):

Staffel 1, Episode 1: „Pilot“

01:09-01:51: Dr. Andrew Brown(Neurochirurg) spricht mit Pat, der vermeintlich inoperables Glioblastoma multiforma hat, welches er aber nun operieren will. /a

04:09-05:21: Visite beim Pat ein Tag vor OP. Dr. Brown empfiehlt Pat die Operation nicht zu machen und weg zu gehen. /a

12:27-13:32: Älterer Patient fängt Hausarzt Dr. Abbott auf dem Weg zur Praxis ab. Will „im Vorbeigehen“ behandelt werden. Kurze Anamnese, dann macht Dr. Abbott einen Termin für den Pat.

28:50-29:42: Dr. Brown an seinem ersten Tag als Hausarzt. Maklerin mit Nackenschmerzen bekommt eine Untersuchung offeriert. /b

30:54-31:50: Dr. Brown diagnostiziert Tortikollis durch neues Bett und erklärt, dass seine Behandlungen kostenlos sind. /b

35:52-36:35: Dr. Brown ist zu Besuch bei der Nachbarin und schaut sich kurz ihr Kind mit persistierendem Husten an. /c

38:28-39:00: Dr. Brown weist Dr. Abbott bezüglich seiner Diagnose zurecht. /c

Staffel 1, Episode 2: „The Great Doctor Brown“

02:05-02:40: Dr. Brown auf Hausbesuch bei Familie in welcher alle Kinder krank sind. /a

17:19-18:42: Am Folgetag erneut bei der Familie, da der Zustand eines Kindes schlechter wurde. Dr. Brown fährt Mutter zur Apotheke und bezahlt für die Medikamente. /a

37:23-38:15: Mutter drückt Dr. Brown gegenüber ihre Dankbarkeit aus. /a

Staffel 1, Episode 3: „Friendly Fire“

06:12-07:02: Pat mit hohem Blutdruck offeriert Dr. Brown sein Boot für die künftigen Konsultationen.

09:40-12:50: Ethikdisskusion um Leihmutterschaft

16:09-17:34: Schwangerschatfsuntersuchung bei Leihmutter, welche auch Nachbarin von Dr. Brown ist. Spricht über Motivation zur Leihmutterschaft.

21:30-23:15: Ethikdisskusion geht weiter.

Staffel 1, Episode 4: „The Kissing Bridge“

02:47-03:28: Junger Patient, der durch Holzbrücke gefallen ist mit Armfraktur.

03:30-04:54: Gespräch von Dr. Brown mit jugendlicher Patientin und ihrer Mutter über Diagnose einer STD. Thema Sexualanamnese

09:24-09:37: Eine jugendliche Patientin bei Dr. Abbott, die auch STD hat.

Staffel 1, Episode 5: „Deer God“

keine Szenen

Staffel 1, Episode 6: „The Doctor Is In“

05:56-08:13: Dr. Brown spricht mit Eltern von Patient, der in mehrmonatigem Koma ist und schlägt Gehirnoperation vor.

13:52-16:09 Psychiaterin bei Dr. Brown, die Muttermale abklären lässt. Sprechen über Dr. Browns Motivation zur kostenlosen Behandlung.

40:46-42:47: Dr. Brown als Patient bei Psychiaterin.

Staffel 1, Episode 7: „We Hold These Truths“

05:44-06:54: Dr. Brown erklärt den Eltern des Patienten im Koma die Operation. /a

37:48-38:28: Nach der OP spricht Dr. Brown zu Eltern über OP-Verlauf. /a

Staffel 1, Episode 8: „Till Death Do Us Part“

04:49-06:50: Pfarrer, der unerklärte Ausschläge hat bei Dr. Brown. (hives) /a

07:55-09:08: Dr. Abbott gibt Dr. Brown die Akten des Patienten. /a

10:18-12:26: Dr. Brown spricht mit der Frau über mögliche Auslöser. Sie erzählt von den Veränderungen, die sie an sich gemacht hat. /a

16:46-18:45: Der Patient und seine Frau streiten während den Allergietests mit Dr. Brown. /a

24:48-26:24: Dr. Brown hat herausgefunden, dass es die Antibiotika in der Ernährung sind, doch das Paar will sich trotzdem trennen. /a

37:19-38:49: Frau des Patienten verabschiedet sich von Dr. Brown. /a

Staffel 1, Episode 9: „Turf Wars“

06:26-06:49: Junge, der sich als Patient ausgibt, aber eigentlich möchte, dass Dr. Brown zuhause wegen seinem Vater vorbeikommt. /a

08:42-09:54: Dr. Brown bei Jungen zuhause, dessen adipöser, alleinerziehender Vater sich nicht bewegen kann wegen seinem Rücken. /a

14:15-14:52: Junge kommt bei Dr. Brown zuhause vorbei, da das Korsett nicht helfe. /a

18:25-19:34: Beim Patient zuhause. Dr. Brown richtet das Korsett und schlägt Operation vor, welche der Patient aber nicht bezahlen könne./a

25:08-27:01: Der Patient lehnt die Operation ab, die Dr. Brown organisiert hat, was Dr. Brown nicht nachvollziehen kann. /a

33:42-34:15: Der Junge des Patienten kommt erneut zum Haus von Dr. Brown, weil er will dass sein Vater die Operation macht. /a

38:30-40:15 Dr. Brown redet erneut mit dem Patienten, welcher sich dann für die Operation entschliesst. /a

Staffel 1, Episode 10: „Is There a Doctor in the House“

20:09-21:24: Sohn von Dr. Abbott hat beginnende Appendizits. Wegen Schnee kann er nicht ins Krankenhaus transportiert werden. /a

28:25-28:58: Der Blinddarm ist perforiert bei Dr. Brown zuhause. /a

28:59-30:32: Besprechung, wie Appendektomie gemacht wird. /a

31:26-32:39: Appendektomie in Dr. Browns Praxis. /a

35:50-37:27: Nach der Appendektomie am Krankenbett. /a

Staffel 1, Episode 11: „A Thanksgiving Tale“

04:43-06:09: Patient mit verschlechternder Niereninsuffizienz bei Dr. Brown. Bräuchte Transplantation. /a

07:19-08:42: Dr. Abbott bei seinem Arzt zur jährlichen Kontrolle. Will ein MRI machen wegen eines Befundes, was Dr. Abbott nicht gut aufnimmt. /b

16:40-18:45: Dr. Brown spricht mit Bruder des Patienten, welche nicht spenden will. /a

20:44-21:45: Frau des Patienten erklärt wieso, der Bruder nicht spenden will. /a

24:12-24:59: Der Bruder des Patienten will Dr. Browns Hilfe wegen dem kranken Bär. /a

26:09-28:32: Dr. Brown spricht mit dem Bruder über das Vorgefallene. /a

33:21-34:44: Dr. Abbott bekommt mitgeteilt, dass der Befund ein Laborfehler war. /b

35:50-36:23: Der Bruder möchte nun die Niere spenden. /a

Staffel 1, Episode 12: „Vegetative State“

01:27-02:11: Dr. Brown wird zu toten Patientin gerufen um ihren Tod festzustellen.

06:57-08:01: Nachbarin von Dr. Brown möchte seine Meinung zu Ritalin für ihren Sohn. /a

08:45-09:56: Dr. Brown schaut sich den Patienten, den er am Gehirn operiert hat an bevor er nach hause entlassen wird.

12:39-14:25: Gespräch mit der Lehrerin, die möchte, dass Ritalin gegeben wird. /a

36:20-38:22: Dr. Brown spricht mit seiner Nachbarin darüber, was er über den Sohn denkt. /a

40:13-41:38: Dr. Abbott bringt einem Patienten von ihm mit terminalem Pankreas-Ca Marjhuana vorbei.

Staffel 1, Episode 13: „The Price of Fame“

10:15-12:50: Dr. Brown teilt einer Patientin, die das regionale Musical organisiert, mit, dass sie Leukämie hat. Dies wusste sie aber schon. /a

22:10-23:12: Dr. Brown gipst ein Bein und übt mit dem Patienten zusammen seine Schauspielrolle.

28:27-31:07: Dr. Brown besucht die Patientin zuhause und schlägt vor, dass sie die Krankheit dem Umfeld erzählt. /a

Staffel 1, Episode 14: Colin the Second

10:47-12:45: Colin(Patient, der im Koma war) mit seiner Mutter bei Dr. Brown zur Kontrolle. Dieser befürchtet, dass Colin überbelastet wird. /a

32:38-33:32: Colin hat bei einem Schulfest die Scheibe seines Autos eingeschlagen. Dr. Brown schaut sich die verletzte Hand an. /a

Staffel 1, Episode 15: „Snow Job“

07:20-07:40: Der Priester und Dr. Brown schauen Eishockey. Dr. Brown bemerkt, dass der Priester schlechter sieht und mein, dass er in seine Praxis kommen soll. /a

11:08-12:21: Dr. Brown untersucht die Augen des Priesters in der Praxis. /a

20:22-21:30: Dr. Brown will die Diagnose der externen Praxis nicht akzeptieren. /a

23:17-24:18: Dr. Brown verweist den Priester an einen externen Spezialisten, da er ihm nicht traut die Diagnose einer exsudativen Makuladegeneration mitzuteilen. /a

37:58-41:25: Breaking Bad News: Dr. Brown teilt dem Priester die tragische Diagnose mit. /a

Staffel 1, Episode 16: „My Funny Valentine“

03:00-03:42: Herb hatte einen Herzinfarkt. Dr. Brown besucht ihn im Krankenhaus.

Staffel 1, Episode 17: „Everwood Confidential“

00:53-03:07: Dr. Brown im Altersheim bei Patient mit Alzheimer Demenz. Dieser gesteht einen Mord, was Dr. Brown der Polizei mitteilt. /a

09:48-11:19: Der Patient wird verhört. Dr. Abott und Dr. Brown versuchen die Situation zu klären. /a

16:16-17:15: Nachdem sie Knochen im Garten gefunden haben, wieder beim Patienten. /a

32:00-34:10: Der Patient wird weiter verhört von Dr. Abbott. /a

39:40-41:30: Dr. Abbott spricht mit dem Patient nachdem die Sache aufgelöst wurde. /a

Staffel 1, Episode 18: „The Unveiling“

13:23-13:37: Dr. Abbott erzählt Dr. Brown über die Symptome von Colin. /a

16:35-18:19: Dr. Brown bei Colin zuhause um die Symptome abzuklären und bietet ihn gleich zur Fundoskopie in seine Praxis auf. /a

20:26-22:44: Dr. Brown spricht mit den Eltern, darüber dass Colin intensiver untersucht werden sollte. Sie wünschen jedoch nicht mehr von ihm betreut zu werden. /a

Staffel 1, Episode 19: „The Miracle of Everwood“

Journalist begleitet Dr. Brown in Everwood um einen Artikel über ihn zu schreiben.

19:22-20:50: Dr. Brown bei einem Patient mit Schnupfen, der auf einem Baum versucht, diesen vor dem Holzen zu bewahren.

Staffel 1, Episode 20: „Moonlight Sonata“

05:33-06:43: Patient(Holzfäller) mit Hämatomen stellt sich bei Dr. Brown vor. /a

13:18-14:38: Weitere Abklärungen und Versorgung einer Stirnwunde. Dr. Brown will den Schlaf des Patienten untersuchen. /a

17:58-18:18: Der Patient verschiebt die Schlafuntersuchung. /a

26:12- 26:29: Dr. Brown telefoniert mit dem Patient um ihm zu sagen, dass Dr. Abbott die Schlafuntersuchung machen wird, da Dr. Brown verhindert ist. /a

27:40-28:42: Der Patient kann nicht einschlafen. /a

34:34-35:33: Dr. Abbott entdeckt, dass die Frau des Patienten ihn im Schlaf schlägt. /a

40:00-41:05: Dr. Brown und Dr. Abbott diskutieren die Diagnose. /a

Staffel 1, Episode 21: „Episode 20“

01:29-03:52: Ein Vater bittet Dr. Brown darum, das Kind seiner Tochter abzutreiben, ohne andere Personen davon in Kenntnis zu setzen. /a

05:26-08:46: Dr. Brown spricht mit der jungen, schwangeren Patientin über ihre Schwangerschaft und die gewünschte Abtreibung. /a

12:32-14:10: Der Vater der Patientin erscheint wütend bei Dr. Brown zuhause, weil das Kind noch nicht abgetrieben ist. /a

20:30-21:32: Dr. Brown und Dr. Abbott sprechen über den Abtreibungsfall. /a

36:01-37:12: Gespräch zwischen Dr. Brown und der Patientin vor der Abtreibung durch Dr. Abbott. /a

41:35-42:24: Direkt nach dem Eingriff. /a

Staffel 1, Episode 22: „Fear Itself“

00:22-02:32: Dr. Brown erklärt Colin’s Vater die Situation und die Thrombusentfernung. /a

07:19-08:45: Weiteres Gespräch in Dr. Brown’s Praxis. Colin lehnt die Thrombektomie ab. /a

41:22-43:12: Dr. Brown spricht mit Colin’s Vater in einer Bar und bittet ihn darum Colin vom Eingriff zu überzeugen. /a

Staffel 1, Episode 23: „Home“

03:13-04:27: Colin spricht mit Dr. Brown über den Eingriff. Er entscheidet sich für die Operation. /a

34:45-37:10: Colin bei Dr. Brown zuhause. Teilt ihm mit, dass er bei einem Misserfolg keine weitere Massnahmen wünscht. /a

Boston Med (2010):

Staffel 1, Episode 1

Sehr schnell geschnittene Dokumentation mit nur sehr fragmentierten Gesprächen.

15:58-16:46: Ärztin erklärt Operation des Schussverletzten Polizisten den Angehörigen /a

31:16-31:50: Sagt wie OP verlaufen ist /a

35:30-36:11: Dr. D teilt Angehörigen mit, wie OPs verlaufen sind.

Staffel 1, Episode 2

07:40-09:19: Thoraxchirurge spricht über Patientenkontakt und führt prä-OP-Gespräch.

14:44-15:50: Kardiologe erklärt den Eltern die Fehlbildung des Kindes und die Operation. /a

16:55-17:12: Thoraxchirurge spricht mit Angehörigen vor OP.

30:30-30:54: Operateur sagt, wie OP verlaufen ist. /a

The Knick (2014-2015):

Staffel 2, Episode 4: "Wonderful Surprises"

12:20-12:53: Tonsillektomie

26:15-27:35: Syphiliskranke wird mit Malaria von Dr. Thakery angesteckt um Fieber zu induzieren /a

39:10-39:55: Syphiliskranke bekommt Fieber /a

42:19-45:17: Durch das Fieber ist die Syphilis nun geheilt. /a

Staffel 2, Episode 6: "There Are Rules"

04:35-04:55: Patientin bekommt Röntgenbild vom Hals.

35:55-36:42: Dr. Thakery will Siamesische Zwillinge operativ separieren. /a

39:07-42:46: Dr. Thakery erklärt den siamesischen Zwillingen das Röntgenbild. /a

42:47-43:45: Dr. Thakery spricht mit dem "Besitzer" der Mädchen /a

45:43-46:59: Die Ärzte besprechen die Operation vor den Zwillingen und experimentieren dabei an einem Hund. /a

Staffel 2, Episode 7: "Williams and Walker"

00:20-02:00: Dr. Thakery versucht einen Patienten mit Hypnose weg vom Alkohol zu bringen.

08:05-08:22: Hernien-Patient möchte Schmerzmittel von Dr. Galanger, welcher dies verweigert weil er Afroamerikaner ist.

Staffel 2, Episode 8: "Not Well at All"

17:00-18:30: Patientin, welche eine Infektion an der Nase bekommen hat.

19:55-21:03: Dr. Thakery bespricht plastische Nasen-OP.

39:50-40:52: Motivationsgespräch mit Alkoholabhängigem.

Scrubs (2001-2010):

Staffel 2, Episode 7: „My First Step“

00:07-00:41: JD schaut Video von Unfall des Pat mit diesem zusammen /a

12:40-12:55: JD begleitet den Pat aus dem Krankenhaus /a

Staffel 2, Episode 8: „My Fruit Cups“

03:37-03:50: Dr. Turk erklärt Pat, dass er Schmerzmittel falsch angewendet hat.

06:20-06:55: Dr. Turk singt für Mädchen, dass er behandelt hat

Staffel 2, Episode 9: „My Lucky Day“

07:48-08:37: Pat mit St.n.Pankreas-Karzinom ist nach Chemotherapie geheilt, nachdem ihm Dr. Reed eine kurze Lebenserwartung prognostiziert hat. /Wird danach verklagt. /a

11:11-11:50: Dr. Reed spricht mit Pat darüber, dass sie verklagt wird. /a

15:58-16:46: Dr. Reed redet nochmals mit dem Pat. /a

Das Jahrhundert der Chirurgen (1972-1973):

(Episodenlängen 25 Minuten)

Staffel 1, Episode 1: „Das Patent“

spielt 1846

06:35-13:40: Dr. Morton bei einem nervösen Patienten, dem ein Zahn gezogen werden muss. Betäubt ihn erstmals mit Äther und zieht ihm den Zahn.

21:30-22:30: Dr. Morton stellt seine Ätherbetäubung an einem Patienten anderen Ärzten vor.

Staffel 1, Episode 2: „Rein Hände“

spielt 1847

keine Szenen; geht im Händereinigung und um die Erkenntnis der Krankheitsübertragung

Staffel 1, Episode 3: „Sieger über den Schmerz“

spielt 1844

00:16-01:10: Patientin, welche Zahnersatz bekommen sollte. Arzt redet über den Schmerz, der zu erwarten ist.

22:22-23:50: Patient wird mit Lachgas betäubt, erwacht dann aber vor Schmerz, als ihm ein Zahn gezogen wird.

Filme:

Doc Hollywood (1991):

01:51-02:26:	Dr. Ben Stone(Michael J. Fox) bei intoxiertem Patient, der sich auf ihn übergibt.
24:32-25:25:	Dr. Stone bei Patient mit Fusswunde?
25:25-25:48:	Paar, welches zum Arzttermin kommt, damit Dr. Stone ihnen einen Brief vorlesen kann, da sie Analphabeten sind. /a
25:49-26:06:	Patient mit Angelhacken im Finger.
26:06-26:23:	Dr. Stone liest den Brief vor. /a
26:23- 26:47:	Patientin, die von Spinne gebissen worden sei.
26:48-26:56:	Liest weiter den Brief vor. /a
26:57-27:19:	Patientin mit dreckiger Brille.
27:20-27:42:	Immer noch am Vorlesen. /a
27:52-31:16:	Eltern mit Jungen, der Atemprobleme hat. Dr. Stone vermutet eine Mitralklappeninsuffizienz und will ihn in ein Zentrumspital verlegen. Dr.? taucht auf und löst die Situation auf.
55:20-55:54:	Dr. Stone bei Hausbesuch um neuen Brief vorzulesen. /a
56:05-56:21:	Dr. Stone appliziert etwas i.m. bei Pat, der keine Spritzen will mit der Hilfe von jemandem der ihn nieder hält.
56:22-56:45:	Holt Spielzeugauto aus Ohr eines Kindes.
1:00:20-1:01:18:	Dr. Hogue hat ein kardiales Problem und kollabiert. /b
1:01:48-1:02:44:	Am nächsten morgen schaut Dr. Stone nach Dr. Hogue /b
1:21:04-1:24:07:	Dr. Stone will die Stadt verlassen und trifft dabei am Strassenrand auf ein bekanntes Paar. Die Frau hat Wehen und Dr. Stone bringt das Kind zur Welt. /a
1:26:06-1:26:53:	Am nächsten morgen bei den Eltern des Neugeborenen. /a

And The Band Played On (1993):

spielt vorwiegend 1980-85

13:47-14:45:	CDC-Mitarbeiter bei Patient mit Kapsoid Sarkoma. (ca1980)
14:46-16:36:	CDC-Mitarbeiterin bei Patient mit Kapsoi Sarkoma. Macht Sexualanamnese. /a
27:19-29:40:	Weiterer Patient(Richard Gere), der mit CDC-Mitarbeiterin spricht. /b
43:20-46:08:	Weiterer Patient mit Kaposi Sarkom, der mit CDC-Mitarbeiter spricht.

46:10-48:14:	CDC-Mitarbeiter spricht mit weiteren Personen.
48:34-50:55:	CDC-Mitarbeiter spricht mit dem Flight-Steward, der als starker Faktor bei der Verbreitung von HIV angesehen wird. /a
51:20-51:55:	Der Mitarbeiter ruft wegen der Namen an. /a
58:30-1:00:45:	Patient gibt Spende für die HIV-Bekämpfung /b
1:12:15-1:13:52:	CDC-Mitarbeiter bei Frau eines Patienten, der humanen Faktor VIII bekommen hat und nun an AIDS leidet.
1:19:19-1:21:12:	Bei Bruder eines Blutspenders, der wohl das HIV per Transfusion verbreitet hat.
1:28:25-1:31:50:	CDC-Mitarbeiter bei Patientin nach Herzoperation. Teilt ihr mit, dass sie HIV hat.

The Doctor (1991):

08:19-09:40:	Dr McKee wegen Hals beim HA; bekommt Antibiotika
09:40-10:34:	Pat kommt zur Klammerentfernung
17:56-18:58:	Pat mit St nach Suizidversuch.
20:15-23:55:	McKee wegen Hals bei HNO; Tumor wird festgestellt, der biopsiert werden sollte
35:40-38:10:	HNO-Ärztin kommt mit Biopsieresultaten und Therapieplan.
44:00-45:44:	MacKee spricht mit Radio-Onkologen.
1:07:05-1:08:33:	Dr. MacKee bei Pat, der auf Herztransplantat wartet
1:08:34-1:09:13:	Radioonkologe spricht mit Pat(McKee) über Verlauf
1:23:27- 1:25:14:	HNO-Ärztin meint, dass Tumor grösser ist und OP gemacht wird
1:29:25-1:30:55:	McKee will nicht mehr von HNO-Ärztin betreut werden und verlangt seine Akte.
1:30:57-1:32:37:	McKee geht zu Kollegen, von dem er behandelt werden will
1:41:43-1:43:40:	Dr. McKee im OP-Saal vor OP.
1:50:55-1:52:15:	Dr. McKee spricht mit Pat, der Herztransplantat erhält.

Something the Lord Made (2004):

31:12-32:20:	Ärzte am Bett eines Kindes mit Fallot-Tetralogie. Mutter kommt hinzu. /a
58:44-1:00:06:	Dr. Blaylock redet mit Eltern von Kind mit Fallot Tetralogie, dass er operieren will. /a

9. ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.
Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität Bern zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Datum und Unterschrift des Studierenden