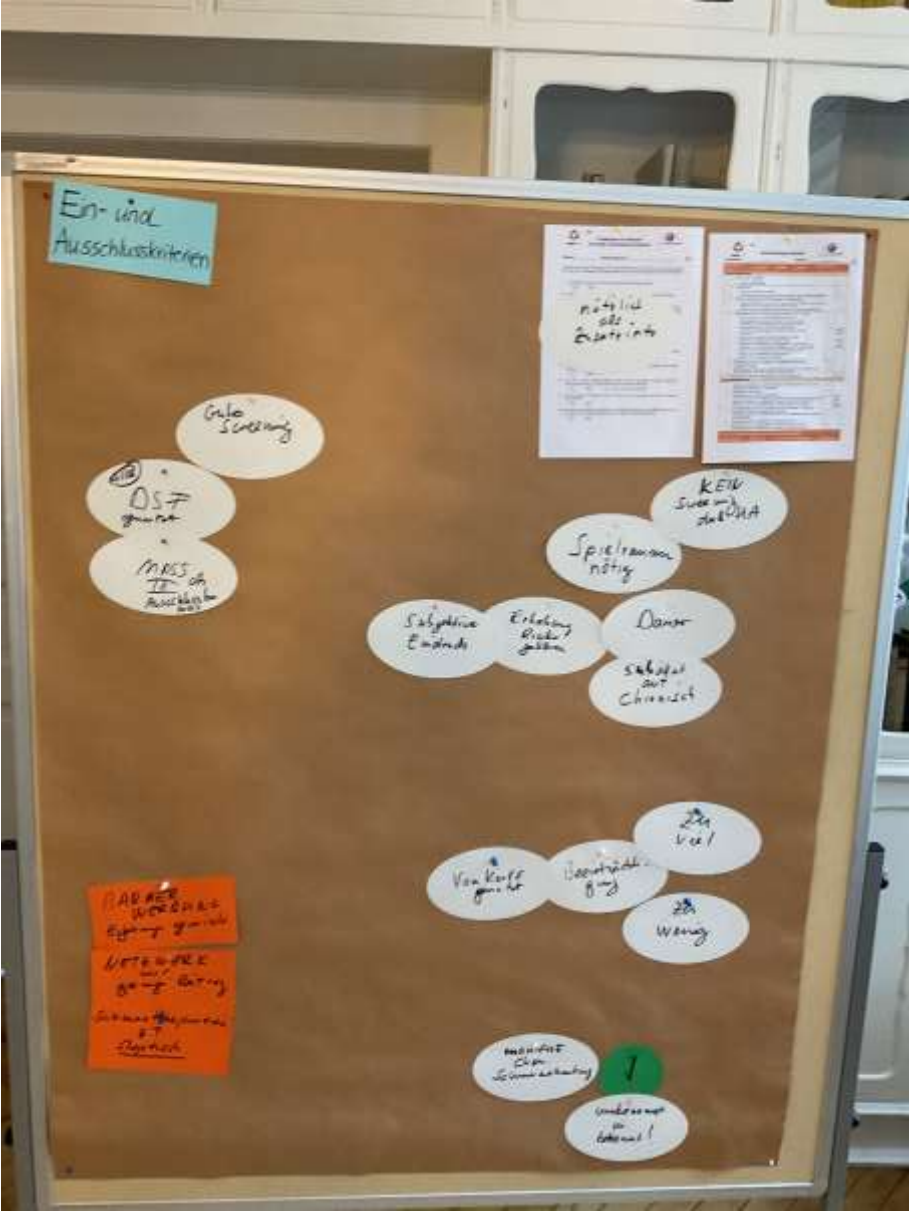


# Online-Zusatzmaterial 3 – Bilddateien und Auswertungstabellen

## Dokumentation der Arbeitsphase 1

### Medizin





## Vor-/ und Nachteile Patientenspezifische Funktionsskala (PSFS)

<b>Vorteile</b>	
<b>Erhebung -ja-</b>	<p>Momentaufnahme</p>
<b>Erhebung -nein-</b>	
<b>Nachteile</b>	

- \*für TH einen Eindruck von der Einschränkung des P. zu bekommen
  - \*Skala ungleich Schmerzskala (10=volle Funktion)
  - \*Fokus weg vom Schmerz
  - \*Fokus auf Funktion
  - \*wenig Einarbeitung
  - \*praktikabel
  - \* schnell durchführbar
  - \* Verlaufsmessung
  - \*hilfreich für die Kommunikation mit P.
  - \*nützlich für die Zielstellung mit P.
  - \*Eduktion
- 
- \*Numerische Skala verkehrt zu bekannten Skalen → Pat. haben Schwierigkeit

## Vor-/ und Nachteile der Einschätzung zu den vorrangigen Hypothesen zum Schmerz

<b>Vorteile</b>	
<b>Erhebung -ja-</b>	<p>Momentaufnahme</p>
<b>Erhebung -nein-</b>	
<b>Nachteile</b>	

- \*erste Einschätzung für Teamsitzung – *Teamsitzung ergänzt bzw. ändert teilweise die Einschätzung; ermöglicht bessere Vorbereitung*
  - \*neues Denkmodell
  - \*Erweiterung des Blicks (nicht nur Input)
  - \*hilfreich für die Behandlungsmethode
  - \*Einordnung der Befunde
- 
- \*welche Anzeichen können für die Einschätzung hilfreich sein
  - \*Definition der einzelnen Begriffe nicht ganz klar (Zusatz: im Verlauf von nicht verständlich → verständlich)
  - \*Einarbeitung notwendig \*\*
  - \*ggf. nicht alle Ebenen berücksichtigt

## Psychologie



Vorteile standardisierte Erhebung vs. nicht-standardisierte Erhebung im Rahmen der psychologischen Anamnese im IMA

Standardisierte Erhebung -ja- [sowohl MASK-P, als auch sonstige TPV]	standardisierte Erhebung -nein-
Orientierungshilfe/Struktur setzend	unbedarfte Herangehensweise
hilfreich auch bei Berufseinstieg	[kein] sklavisches Abarbeiten/verhindert [sonst] Beziehungsaufbau
Strukturierte Erfassung	innere Offenheit [sinkt]; [innere Offenheit] als diagnostisches Mittel in der Psychotherapie
Aufmerksamkeit auf wichtige Aspekte [richtend]	Zeit für Anderes [,] ggf. offenes Gespräch
guter Überblick über Einflussfaktoren	PHQ kann raus
"vollständige" Erhebung S[chmer]z-verarbeitung	weniger komplexe Befunde (Zeiters[parnis])
"Ersatz" [entspricht] Wichtigkeit für CID1	[keine]
Wichtige Infos auf einen Blick auch für Nachbehandler	[keine]
Wie "tickt" der Patient	
Hilfreiche Begrifflichkeiten	
nonverbale Kommunikation im Fokus	
guter Hinweis auf Komplexität der Symptomatik/Diagnose	

Tool zur Therapieplanung/Empfehlung	
Gewichtung zur Reflexion	
Gedächtnisstütze	
strukturierte Schmerzanamnese	
[folgende Felder beziehen sich auf Testpsychometrie allgemein]	
Unterstützung psych[ischer] Eindruck, z.B. Depressivität, Katastrophisierung	
Einblick in die Innenwelt des Patienten	
Ergänzung zur Anamnese	
Hinweise auf Problembereiche	
zusätzliche Informationen	
geben zusätzliche Hinweise [Pfeil] wo frage ich nach?	

#### Nachteile standardisierter und nicht-standardisierter Erhebung

Standardisierte Erhebung -ja- [sowohl MASK-P, als auch sonstige TPV]	standardisierte Erhebung -nein-
Zeitkritisch	Vernachlässigung von Aspekten
Zeitaufwand	Vergessen von Themenblöcken
Voreingenommenheit	fehlende Infos
"Formulierungen" entweder - oder, statt was denkt Patient	Unvollständigkeit
Zwischentöne [in MASK-P] fehlen; eher Kontinuum oder Dimension?	Vielschichtigkeit S[chmer]z-Verarbeitung etc. geht verloren
Ungenauigkeit/Pseudogenauigkeit	Übersehen wichtiger Aspekte
feste Begriffe/sehr starke Ausprägungen [in MASK-P]	fehlende Bestätigung des Eindrucks
Doku dazu	Mangelnde Komplexität für ein komplexes Bedingungsgefüge
[zu Doku ergänzend] hilfreich wäre Eingabe-Maske mit Textbausteinen	
wenn Wunsch nach Vollständigkeit [in der Bearbeitung zur MASK-P] [dann] Stress	
[zu wenn Wunsch...] teils Überforderungsgefühl	
je chronischer [desto mehr] Zeitbedarf	
IMA funktioniert zeitlich nicht bei [zunehmendem] chronischen Schmerz	
sonstige Testpsychometrie "überrascht" oft (meist stärker als berichtet)	
teilweise doppelte Infos [Pfeil] fragt man sowieso	
zeitintensiv	

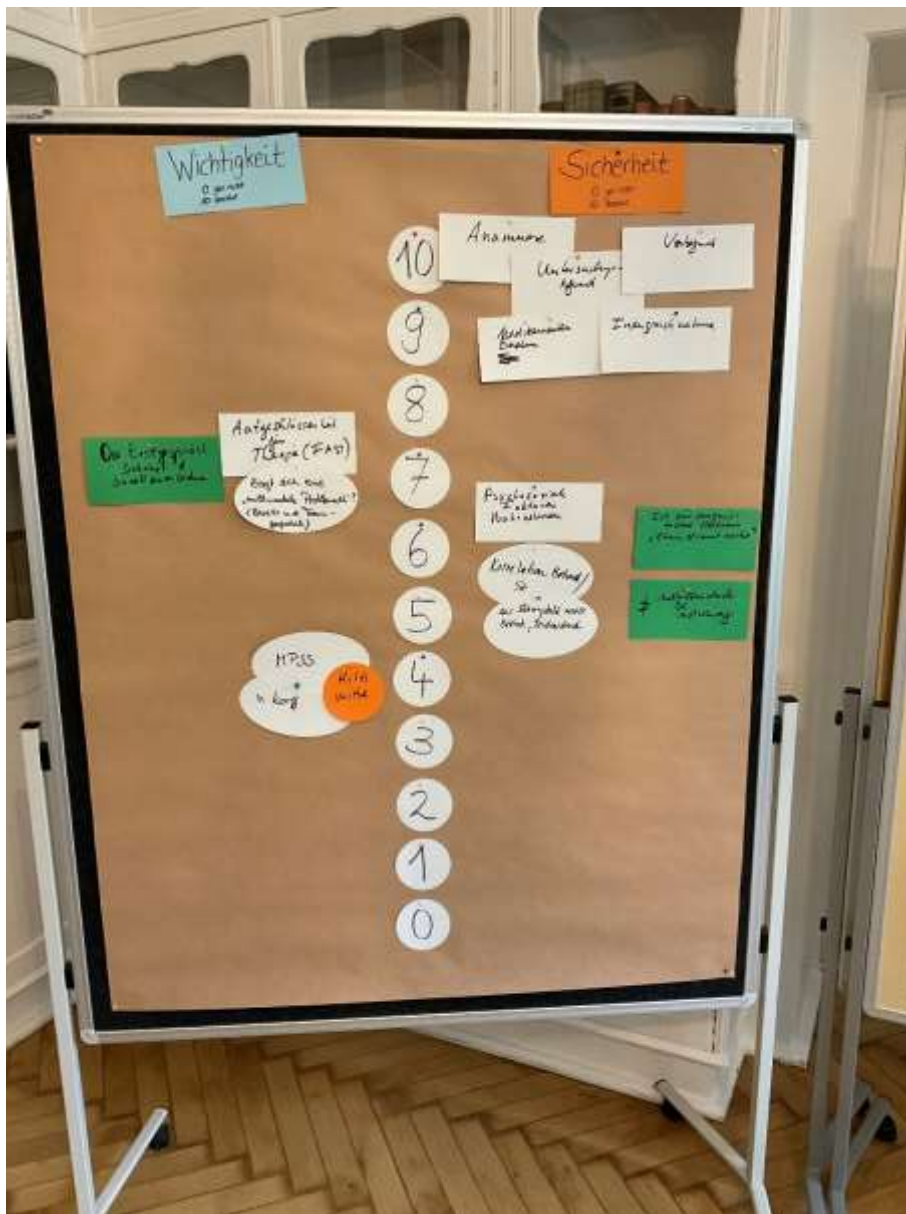




Kriterien „Schweregrad Störungsbild“, „Bedeutung für die Schmerzproblematik“ und „IMST/Spezifischer Therapiebedarf“ – Medizinische (somatische) Perspektive

<b>Kriterien Schweregrad Störungsbild [hier ergänzt: „klar“ somatisch]</b>	<b>Kriterien Bedeutung für die Schmerzproblematik</b>	<b>Kriterien IMST/Spezifischer Therapiebedarf</b>
Gespräch	Bewegungsmuster/-ängste Vermeidungsverhalten (Physisch)	Motivation
Untersuchung Klin[ischer] Befund Bewegungseinschränkungen (FBA [Finger-Boden-Abstand], WS [Wirbelsäulenbeweglichkeit]) Körperliche/motorische/neurologische Ausfälle [in der Diskussion zusammengefasst]	Korrelation messbarer Bewegungsspielraum [mit] subjektive geschilderte[n] Einschränkungen	Zugänglich für multimodalen Ansatz
Ergebnisse der Vordiagnostik Vorbefunde (orth[opädisch] Bildgebung)	Regelmäßige/häufige Medikamenteneinnahme	Zeigt sich eine „multimodale Problematik?“ (Bereits v[or] d[em] Teamgespräch)
Psychiatrische Zusatzkrankungen	Häufige Diagnostik Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	Diskrepanz Störungsbild und subj[ektive]Bedeutung für Pat[ienten]
Therapie-/Handlungsbedarf	Alleinige somatische Therapie	Hinweis auf affektives Schmerzerleben
Somatische Beeinträchtigung (f[ür] körperl[iche] Belastung)	Korrelation Befund und Sz [Schmerz]	Muss ein „spezielles Problem“ gelöst werden (z.B. Psych., OP...)
MPSS v. Korff	Aus Störungs[modell], Beeintr[ächtigung], Leidensdr[uck]	Beeinträchtigung im Alltag (o[der] Hausarbeit)
	MPSS v. Korff	„schlechtes“ Coping Umgang mit Sz [Schmerz] dysfunktional
		(drohende) Beeinträchtigung in der Berufsausübung
		Subjektiver Leidensdruck
		„Schulung“/„Eduktion“ [im Sinne von Bedarf für]
		Psychosoziale Einflussgrößen [und] fehl[ender] funktion[eller] Umgang [und] Potential über Kenntnisse der SM [Schmerzmechanismen] f[ür] Veränderung
		Sz [Schmerz]-Erleben: Bedrohung
<b>Übergeordnete Kriterien für Wichtigkeit/Sicherheit:</b> Anamnese Untersuchungsbefund	<b>Übergeordnete Kriterien für Wichtigkeit/Sicherheit [bei Fokussierung auf</b>	<b>Übergeordnete Kriterien für Wichtigkeit/Sicherheit:</b> Psychosoziale Faktoren deutlich

<p>Vorbefunde</p>	<p><b>somatisches Störungsbild:</b>          Medikamenten-Einnahme          Inanspruchnahme/          Arbeitsunfähigkeit          Korrelation Befund und Schmerz          Aus Störungsmodell result[ierend]:          Beeintr[ächtigung],          Leidensdruck</p>	<p>Aufgeschlossenheit für Therapie (IMST) [bei Diskussion der Wichtigkeit (s.u.) neu formuliert]          Zeigt sich eine „multimodale Problematik?“ (Bereits v[or] d[em] Teamgespräch)</p>
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

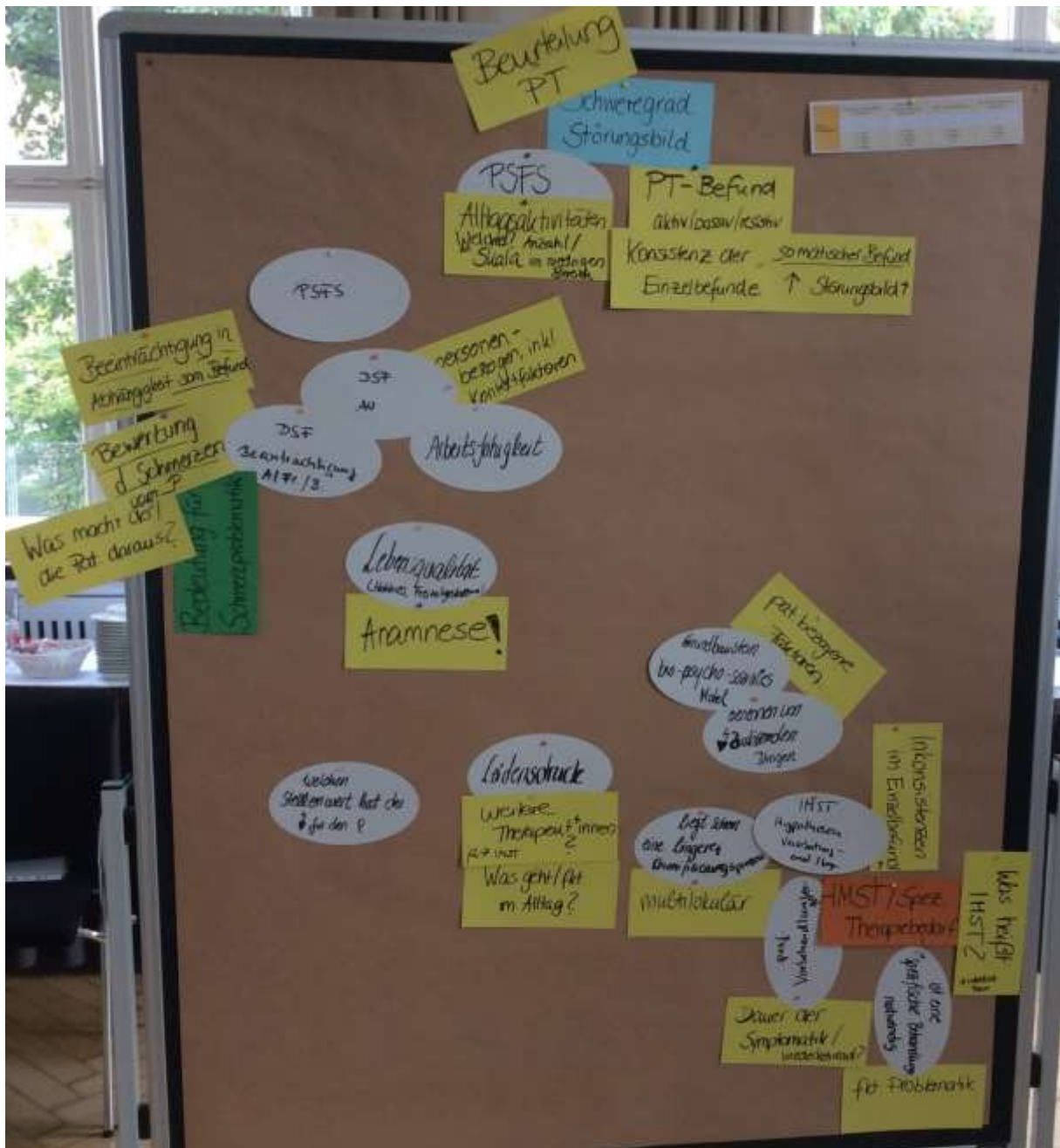




Wichtigkeit/Sicherheit – Medizinische (somatische) Perspektive

Wichtigkeit [W] und Sicherheit [S] ausgewählter Kriterien [Übergeordnete Kriterien]			
	Wichtigkeit	Sicherheit	
10	Anamnese Untersuchungsbefund Vorbefunde	Anamnese Untersuchungsbefund Vorbefunde Medikamenteneinnahme	
9	Psychosoziale Faktoren wahrnehmen [statt wichtig]	Inanspruchnahme	
8	Medikamenteneinnahme Inanspruchnahme Korrelation Befund/Sz [Schmerz] Aus Störungsbild result[ierend]: Beeintr[ächtigung], Leidensdruck		
7	Aufgeschlossenheit für Therapie (IMST) Zeigt sich eine „multimodale Problematik?“ (Bereits v[or] d[em] Teamgespräch)		[Ergänzung auf Metaebene:] Da Erstgespräch Sicherheit Ø [nicht] sinnvoll einzuordnen
6		Psychosoziale Faktoren wahrnehmen [statt wichtig]	[Ergänzung auf Metaebene:] Ist ein diagnostisches Kriterium:
5		Korrelation Befund/Sz [Schmerz] Aus Störungsbild result[ierend]: Beeintr[ächtigung], Leidensdruck	„Etwas stimmt nicht“ entspricht nicht mehr somatische Dx [Diagnostik] notwendig
4	MPSS v. Korff [nur Hilfsmittel]		
3			
2			
1			[
0			

# Physiotherapie



Kriterien „Schweregrad Störungsbild“, „Bedeutung für die Schmerzproblematik“ und „IMST/Spezifischer Therapiebedarf“ –Physiotherapeutische (funktionelle) Perspektive

Kriterien Schweregrad Störungsbild [hier ergänzt: „klar“ funktionell]	Kriterien Bedeutung für die Schmerzproblematik	Kriterien IMST/Spezifischer Therapiebedarf
PSFS - Alltagsaktivitäten – Welche (Art)? - Alltagsaktivitäten – Wofür? Beruf, Freizeit, Alltag	DSF Beeinträchtigung A/Fr/B	spez. Vorbehandlungen [in der Vorgeschichte, dann eher zu IMST]
PT-Befund aktiv/passiv/resistiv	DSF AU	Dauer der Symptomatik/wiederkehrend [auch als Beschreibung für IMST verwendet]
Konsistenz der Einzelbefunde	Arbeitsfähigkeit (z.B. „Müssen Stunden reduziert werden?“, „Ist ein 8-Stunden-Tag zu bewältigen?“, „Muss am Arbeitsplatz häufig die Tätigkeit gewechselt werden?“, „Muss ich mich immer wieder krankmelden?“, „Wie entscheidend ist das Arbeiten für die Personen?“) - personenbezogen, inkl. Kontextfaktoren	
somatischer Befund – Störungsbild hoch	Lebensqualität (Hobbies, Freizeitgestaltung (Freizeitaktivitäten), Freunde (sozialer Rückzug)  Haltung zum Gesundheitsverhalten/ Bewegungsverhalten  Ressourcen? – funktionell/körperlich, [Ergänzungen zu Ressourcen auch aus dem Team]	liegt schon ein längerer Chronifizierungsprozess vor?  multilokulär
		IMST Hypothesen Verarbeitung emot./kognitiv
		Inkonsistenzen im Einzelbefund [würde für eine IMST sprechen, auch unterschiedliche Angaben innerhalb der drei Berufsgruppen]
		Ist eine spezifische Behandlung notwendig? → funktionelle Problematik
PSFS (Schweregrad > Schmerzproblematik)		

	Welchen Stellenwert hat der Schmerz für den Pat.? ( <i>Bedeutung&gt;IMST</i> )	
	Leidensdruck	
	Pat.bezogene Faktoren - Grundbaustein bio-psycho-soziales Modell - Benennen von schmerzauslösenden Dingen [ <i>in Bezug auf Bewegungen, Aktivitäten, Druck (mechanisch), Stressfaktoren, Einflussfaktoren auf den Schmerz; als Einschätzung, ob ein bio-psycho-soziales Modell vorliegt</i> ]	
<b>Beschreibung</b> (zusammenfassend) Schweregrad Störungsbild [hier ergänzt: "klar" funktionell]	<b>Beschreibung</b> (zusammenfassend) Bedeutung für die Schmerzproblematik	<b>Beschreibung</b> (zusammenfassend) IMST/Spezifischer Therapiebedarf
Beurteilung PT ( <i>orientiert am somatischen Befund</i> )	Beeinträchtigung des Pat. in Abhängigkeit som. Befund	- keine Beschreibung aus PT-Kleingruppe vorhanden, da Teil vom Teamprozess - mehrfach beschrieben als "Brauche ich noch eine weitere Person?" - "übergeordneter Bedarf", multilokuläre Schmerzen, Länge der Symptomatik ( <i>wiederkehrend?</i> ), Übertrag in den Alltag nicht gegeben, vorherige Therapien nicht hilfreich ( <i>weitere Strategien und Tipps der anderen Berufsgruppen notwendig</i> ), fkt. Problematik gering ( <i>Störungsbild und Bedeutung für die Schmerzproblematik niedrig und trotzdem hohe Schmerzen --&gt; eher Empfehlung für IMST</i> ) - Unterscheidung zwischen Durchhalter/Vermeider? --> kein zwingendes Kriterium für IMST





Wichtigkeit  
0 gar nicht  
10 maximal

Sicherheit  
0 gar nicht  
10 maximal

Somatischer Befund  
↑ Störungsbild?

Leidensdruck

PSFS

10

DSF  
Au  
DSF  
Betrachtung  
AI + B.

PSFS

PT-Befund  
aktiv/passiv/risik

Verhaltensbeobach-  
tung

9

Grundannahmen  
bio-psycho-soziales  
Modell

ist eine  
spezifische Behandlung  
notwendig

Vorbek-  
urteilung  
HST

Qualität der Brücke  
Anamneseinterview

8

7

6

Lebensqualität  
Lebens-  
Trennung  
Trennung mit Eltern

5

bio-psycho-soziales  
Modell

4

3

liegt schon  
eine längere  
Therapiegeschichte

Welchen  
Stellenwert hat der  
P für den P

HST  
Hypothesen  
Verstärkung  
und Lern

2

Leidensdruck

Leidensdruck

Arbeitsfähigkeit

1

0

TEAMPROZESS ASSESSMENT  
aus 2008

Verminder-  
te  
Lebens-  
Ressourcen-  
2008

Wichtigkeit/Sicherheit – Physiotherapeutische (funktionelle) Perspektive

	Wichtigkeit	Sicherheit
10	*Grundbaustein bio-psycho-soziales Modell [aus IMST-Bedarf] *PT-Befund aktiv/passiv/resistiv *Inkonsistenzen im Einzelbefund	*DSF AU [aus dem DSF zu entnehmen] *DSF Beeinträchtigung A/Fr/B [aus dem DSF zu entnehmen] *PT-Befund aktiv/passiv/resistiv [darunter: Inkonsistenzen im Einzelbefund) + Konsistenz der Einzelbefunde] *Neu: Verhaltensbeobachtung *PSFS
9/10	*Benennen schmerzauslösender Dinge	
9	*Konsistenz der Einzelbefunde *somatischer Befund – Störungsbild hoch *spez. Vorbehandlung (gehört zu IMST)	*Ist eine spezifische Behandlung notwendig?
8/9		*Grundbaustein bio-psycho-soziales Modell [aus IMST-Bedarf] *Benennen von schmerzauslösenden Dingen
8	*PSFS [Störungsbild] *ist eine spezifische Behandlung notwendig *Welchen Stellenwert hat der Schmerz für den P.?/Was macht der/die Pat. daraus	*spez. Vorbehandlung; Neu: Qualität der Behandlung, Aktivitätsniveau
7/8	*PSFS [Bedeutung für die Schmerzproblematik] *Leidensdruck	
7	*Lebensqualität (Hobbys, Freizeitgestaltung, Treffen mit Freunden)	
6	*Leidensdruck	*Lebensqualität (Hobbys, Freizeitgestaltung, Treffen mit Freunden)
5	*DSF Beeinträchtigung A/Fr/B	*bio-psycho-soziales Modell [aus Bedeutung für Schmerzproblematik]
4	*bio-psycho-soziales Modell [aus Bedeutung für Schmerzproblematik]	
3	*Arbeitsfähigkeit *liegt schon ein längerer Chronifizierungsprozess vor	*liegt schon ein längerer Chronifizierungsprozess vor *Welchen Stellenwert hat der Schmerz für den P.?/Was macht der/die Pat. daraus
2	*DSF – AU *IMST Hypothesen: Verarbeitung emot./kognitiv	*Leidensdruck *IMST Hypothesen Verarbeitung emot./kognitiv
1		*Arbeitsfähigkeit
0		





Kriterien „Schweregrad Störungsbild“, „Bedeutung für die Schmerzproblematik“ und „IMST/Spezifischer Therapiebedarf“ – Psychologische (psychosoziale) Perspektive

Schweregrad Störungsbild [hier ergänzt: "klar" Psychisch]	Bedeutung für die Schmerzproblematik	IMST/Spezifischer Therapiebedarf
[eindeutig; absteigend von Nähe in die Distanz; dieselbe Ebene in einem Feld]	Psychosoziale Belastung wesent[licher] Mediator für Schmerzausprägung	verschiedene Ebenen relevant oder "nur" 1?
psychosoziale Belastungsfaktoren  Hinweise auf psychische Erkrankungen	sozialer Kontext: [Waage zwischen] Ressourcen/Gesundheitskompetenz [und] Störungsbild/Belastung	[Waage] Schmerz [und] psychosoziale Beeinträchtigung
subjektiver Leidensdruck Auswirkungen auf das Denken (d[en] Schmerz); Fühlen und Verhalten Beeinträchtigung Alltag/Arbeit/Freizeit [dazu sortiert:] Funktionsniveau; für mich eher Funktionsniveau und Erschöpfungserleben; Ausmaß der Einschränkungen	je mehr [der Ressourcen; siehe Waage] desto weniger Bedeutsamkeit f[ür] S[chmerz]P[roblematik]	Passung Person zu IMST Inhalten
Dauer der Beschwerden	[Bezug zu Prognosen- gegenüber gestellt]	Gefahr der Chronifizierung
Biopsychosoziale Belastungsfaktoren [hier sortiert:] Anzahl [und] Ausprägung psychol[ogischer] Faktoren; somatische Faktoren/was spielt [unleserlich]eine Rolle?	Gute Prognose [dazu sortiert:] zeitnahe Lösung; Abgrenzbarkeit der psychosoz[ialen] Beeinträchtigung	Informierung über biopsychosoziales Schmerzmodell erscheint wichtig
[auf derselben Ebene aber zu Beeinträchtigung sortiert:] Gesundheitsverhalten	schlechte Prognose [dazu sortiert:] wenig/keine Lösungsoption; breites/komplexes Problem- bzw. Belastungsfeld	Ausmaß an Ressourcen für den Transfer
Stressniveau/hohes Anspannungsniveau	[zusammenfassend zur Prognose:]	[konkret für spezifischen Therapiebedarf ausgewiesen:]
[direkt im Übergang von Schweregrad Störungsbild zu Bedeutung für die Schmerzproblematik:]	[wenig] Ressourcen; innere, äußere; "wie ist der Zugang dazu"	Ablehnung psychische Ansätze [meint ANDERE Angebote als Psycho]
Dysfunktionale Schmerzbewältigungsart	Ausmaß Introspektions- und Reflexionsfähigkeit -[je mehr] desto besser-	psych[ische] Erkrankung im Vordergrund
Ausprägung Faktoren [und] Einfluss (Beispiele)	[Prognose und Gewichtung der Ressourcen reicht zu IMST/Spezifischer Therapiebedarf]	
[Metaebene: Übergang Psychosozial -->"rein Schmerz" zu Bedeutung für die Schmerzproblematik		[RM Ärzte aus MDI] Dieskrepanz körperl[icher] Befund vs. emot[ionale] Belastung



Wichtigkeit/Sicherheit – Psychologische (psychosoziale) Perspektive

Wichtigkeit [W] und Sicherheit [S] ausgewählter Kriterien ["nur" Schweregrad Störungsbild und Bedeutung für die Schmerzproblematik]			
	Wichtigkeit	Sicherheit	
10	Subjektiver Leidensdruck	Anzahl [und] Ausprägung psychol[ogischer] Faktoren; Biopsychosoziale Belastungsfaktoren; Beeinträchtigung Alltag/Arbeit/Freizeit in Folge psychologischer Faktoren; Ausmaß der Einschränkungen;	
9	Hinweise auf psychische Erkrankung	Subjektiver Leidensdruck; Hinweise auf psychische Erkrankung	
8	Beeinträchtigung Alltag/Arbeit/Freizeit in Folge psychologischer Faktoren	[weniger] Ressourcen, innere, äußere, "wie ist der Zugang dazu"; Ausprägung Faktoren [und] Einfluss (Beispiele); Ausmaß Introspektions- und Reflexionsfähigkeit -[je mehr] desto besser-	[Ergänzung auf Metaebene:] Wie groß ist dann aber der Einfluss? Genauer eher durch längere Begleitung/aber für Indikation reicht
7	Ausmaß der Einschränkungen		
6	Biopsychosoziale Belastungsfaktoren	dysfunktionale Schmerzbewältigungsart [war vorher bei Wichtigkeit nicht dabei!]	[Ergänzung auf Metaebene:] Hier brauchts Physio/Arzt
5	Anzahl [und] Ausprägung psychol[ogischer] Faktoren	Dauer der Beschwerden, Funktionsniveau	[Ergänzung auf Metaebene:] Hier brauchts Physio/Arzt
4	Ausprägung Faktoren [und] Einfluss (Beispiele)		
3			
2	[weniger] Ressourcen, innere, äußere, "wie ist der Zugang dazu"		
1	Ausmaß Introspektions- und Reflexionsfähigkeit - [je mehr] desto besser-	Somatische Faktoren, was spielt [unleserlich]eine Rolle?	[Ergänzung auf Metaebene:] Physio/Arzt
0			

Arbeitsphase 3

Kriterien Therapieempfehlung

Zu S. 10 fragen

IMA -  
 Algorithmen  
 ob bekannt  
 = CAZ in Ablauf  
 - auch für A-IMA  
 anpassen

IMA - Bericht!  
 - Soll Weiterbehandlung  
 (wird Klostherapie/Behandlung  
 Störungen d. Konvergenz  
 für die Behandlung des  
 - Zwei immer fassend  
 am Ende? Anfang?

Überprüfung der Einträge  
 - Bewertung der Einträge  
 - Gruppenarbeit, d. Daten

THERAPIEEMPFEHLUNG - Welche Kriterien/Inhalte braucht es?  
 - Gruppenarbeit, d. Daten

THERAPIEEMPFEHLUNG - Welche Kriterien/Inhalte braucht es?  
 - Gruppenarbeit, d. Daten

berufsgroupings, Empfehlungen  
 als Resultat der  
 - MRS, r. temp  
 - MRS-P, Kombidifferenz (Kernar, populär, /populär)  
 - Sprachfähigkeit Gruppenarbeit  
 - kognitive Fähigkeiten  
 - kognitive Belastbarkeit  
 - Zielsetzung → Kombination d. Ref  
 - Erreichbarkeit des Zentrums / Zielsetzung  
 - zentrale Ressourcen beim Ref  
 - Kombination von Therapien möglich  
 - Kompetenz für Umsetzung der Inhalte

Diagnostik  
 Präzision  
 Team-Aspekte

offene, individualisierter Aus-  
 tausch im Team mit Angehörigen (Bereitschaften,  
 Kompetenzen, Erfahrungen)  
 - Kommunikation (genau über  
 "Nein")  
 - individuelle, maximale, Qualität  
 (wie wird es sein?)





## Teamsitzung - Interaktion

Interaktion zwischen den Berufsgruppen im Team -REAL-	Interaktion zwischen den Berufsgruppen im Team -IDEAL-
den anderen Fragen stellen [u.a. zur Wahrnehmung der Patient*innen]	s. REAL (u.a. Offenheit, Respekt)
"Gefahr" sich in Details zu verlieren "im Kreis drehen"	
offenes Zuhören+Interesse für die Perspektiven der Anderen [Respekt vor der Kompetenz des anderen, Wertschätzung]	wertfrei, wertschätzend, offen → Raum bekommen Gedanken zu äußern (auch bei Abweichung der eigenen Gedanken) → Offenheit für fachübergreifende Interaktion
	Raum für Anregungen gegenseitig (fachübergreifend)
Schwierigkeiten bei der Findung der Therapieempfehlung	
teilweise spürbarer Zeitdruck [führt dazu, dass das Gespräch „verbal“ limitiert wird – „müssen jetzt mal zum Punkt kommen“; „Zeitdruck spielt immer eine Rolle, teilweise wird dadurch das Gespräch unterbrochen, da noch offene Punkte wie Dokumentation etc. anstehen“]	
„spannender Punkt“, wenn es Widersprüche, ganz unterschiedliche Meinungen gibt, u.a. „Bereitschaft sich um zu entscheiden“ [z.B. aufgrund von mehr Informationen, Pat. sich anders geäußert, schlüssige Schlussfolgerung; Einlassen auf die Meinung des Anderen] --> Übernahme bei untersch. Wahrnehmungen mit ins Abschlussgespräch"	
	eigene Grenzen respektieren/Grenzen der Berufsgruppen respektieren
Einfluss auf den Teamprozess - Übergeordnet	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Routine</b></li> <li>• <b>Zeitfaktor</b> (Zeitdruck teilweise spürbar bzw. Relevanz für eigene Themen wird ggf. nicht gesehen, kein Raum für Unsicherheit in der eigenen Einschätzung)</li> <li>• <b>Personen</b> (Charakter/Persönlichkeiten) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Häufigkeit der Zusammenarbeit</li> <li>- Kennen der „Besonderheiten“ der Personen (Eigenschaften)</li> <li>- Stellenwert, der einer Person zugeschrieben wird</li> <li>- „neue“ Person</li> </ul> </li> <li>• <b>Hierarchie</b> (in Bezug auf die Stellung der eigenen Person, u.a. auch die Kultur/der Umgang in der Einrichtung)</li> </ul>	



## Abschlussgespräch – Struktur/Ablauf

<b>STRUKTUR/ABLAUF</b> zwischen den Berufsgruppen/mit Patient - <b>REAL</b> -	<b>STRUKTUR/ABLAUF</b> zwischen den Berufsgruppen/mit Patient - <b>IDEAL</b> -
Team 1 [übergeordnet zu folgenden]	0. Orga[nisation]/Sonstiges [übergeordnet zu folgenden]
Pat[ient] begrüßt/Erleben [erfragt]	ansprechende räuml[iche] & zeitl[iche] Bedingungen
Erkl[ärung] IMST	Absprache zum Ablauf je Pat[ient] [und] Schwerpunkt
Erkl[ärung] d[er] Befunde mit Überleitung/Bezug zueinander	1. Gesprächseröffnung [übergeordnet zu folgenden]
Wie sieht d[er] Pat[ient] das]/Fragen	Pat[ient] begrüßen [und] nach Erleben fragen
Wunsch d[es] Pat[ienten]	Einleitende Worte zu M[it]A[rbeitern] [und] Ablauf/Struktur
Therapie-empfehlung	Modell/Fragen/Erwartungen d[es] Pat[ienten]
Fragen	2. Vermittlung der Befunde [und] Optionen
Zusammenfassung	Erklärung d[er] Befunde (mit Verweis zueinander)
Team 2 [übergeordnet zu folgenden]	integrierte Teamempfehlungen unter Berücks[ichtigung] d[er] Wünsche d[es] Pat[ienten]
Kommen aus Team	3. Abschluss des IMAs [übergeordnet zu folgenden]
Pat[ient] kommt rein	Fragen
jede Berufsgruppe stellt sich vor, Arzt fängt meist an	Zusammenfassung
Fragen d[es] Pat[ienten]	Ausblick
lenkend Therapieempfehlungen	
Missverständnisse klären	
Entscheidungen begründen	
Kompromisse finden g[e]g[ebenen]f[alls]	
Verabschiedung	
Hürden [übergeordnet zu folgenden]	
manchmal fehlten Professionen aus Zeitgründen	
zu wenig Zeit	
konnte wenig stehen bleiben	



## Abschlussgespräch – Interaktion

<b>INTERAKTION</b> zwischen den Berufsgruppen/mit Patient <b>-REAL-</b>	<b>INTERAKTION</b> zwischen den Berufsgruppen/mit Patient <b>-IDEAL-</b>
je nach Behandler unterschiedlich	
Herausforderung Teamgesprächsführung [übergeordnet zu folgenden]	Zeit schaffen [übergeordnet zu folgenden]
alle Prof[essionen haben] was gesagt; Arzt beginnt oft	Wichtig ist Zeit für Motivation und Veränderung
jede Prof[ession] sprach für sich	Zeit für Nachbesprechung/Rückmeldung
gemeinsame Gesprächsführung ist manchm[al] holperig	
[bei uns haben die Professionen] gleich begonnen	
Zentrumshierarchie /Gewohnheiten/"ungeschriebene Gesetze" [übergeordnet zu folgenden]	Interaktiver Umgang im Team [übergeordnet zu folgenden]
Arzt eher dominant	"eingespieltes" Team
Andere Prof[essionen] eher zurückgenommen	flexible Gesprächsleitung unter den Prof[essionen] [entspricht] Schwerpunkt
Psych[ologe]/Physio[therapeut] unsicher	Shared decision making
z.T. nur Arzt anwesend	
z.T. nur Arzt vermittelt/gesprochen	
Rolle d[es] Pat[ienten] im IMA [übergeordnet zu folgenden]	Feedbackkultur [übergeordnet zu folgenden]
Pat[ienten] eher offen	[erfordert] Übung, Sicherheit, Erfahrung
Pat[ienten] hatten manchmal festgelegte Vorstellungen	
Pat[ienten] im Kreis	
P[atienten] fühlen sich ernst genommen (Zeit, verschied[ene] Berufsgruppen)	
	Interaktiver Umgang mit Patient [übergeordnet zu folgenden]
	Am Tisch in einem Kreis
	"auf Augenhöhe" alle [und] Pat[ient]
	Gleichberechtigung in der Gesprächsführung
	Wertschätzung
	Interaktiver Gesprächsablauf [übergeordnet zu folgenden]
	Kurze Einleitung, "Abholen" d[es] Pat[ienten]
	Pat[ient] nach eigenem Erleben/Modell fragen
	Einleitung zum Ablauf gemeins[ames] Modell
	Überleitung, Verbindung zw[ischen] den Profess[ionen]/Disz[iplinen]

## Abschlussgespräch – Übermittlung Therapieempfehlung

<b>ÜBERMITTLUNG THERAPIEEMPFEHLUNG</b> zwischen den Berufsgruppen/mit Patient <b>-REAL-</b>	<b>ÜBERMITTLUNG THERAPIEEMPFEHLUNG</b> zwischen den Berufsgruppen/mit Patient <b>-IDEAL-</b>
Für Entscheidungsfindung mit Pat[ienten] [übergeordnet zu folgenden]	Gesprächsführung [übergeordnet zu folgenden]
an die Befunde anknüpfend	Interaktiv mit Pat[ient] [und] transparent (I[au]t[es] Denken)
Verschiedene Optionen [vorher im Team] vorbereitet	Offenheit für Fachübergreifende Ergänzung[ungen] bzw. Interaktion
als Team laut gedacht	Offenheit/Transparenz im P[atienten]-Gespräch [ergibt] Ergebnisoffenheit
Interaktiv mit Pat[ienten] mit Wahloptionen	Moderation d[es] Entscheidungsprozesses
Wer trifft im Gespräch d[ie] Entscheidung?	Zwischenfragen: Hat der Pat[ient] Fragen? Andere Ansicht?
Entscheidung [manchmal] vertagt	Vorstrukturierung der Information [übergeordnet zu folgenden]
Struktur der Infovermittlung [übergeordnet zu folgenden]	an Befunde anknüpfend (als Begründung)
zu viele "verschiedene" Infos- wie integriert man das?	Schwerpunkte, "nächster Schritt" im Team vorbereiten
"viele Bälle in der Luft halten"	Schriftliche Empfehlungen für den Pat[ient] [erzeugt] Gedächtnisstütze
Rolle bei der Vermittlung der Therapieempfehlung [übergeordnet zu folgenden]	
nicht immer klar- wer ist der Bad Guy	
"wer hat welche Rolle hier"	