

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln
Förderkennzeichen:	01NVF17022
Akronym:	isPO
Projekttitel:	Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie
Autoren:	Theresia Krieger, Natalia Cecon, Sandra Salm, Antje Dresen, Holger Pfaff (IMVR) Dusan Simic, Clarissa Lemmen, Arim Shukri, Stephanie Stock (IGKE) Lisa Derendorf, Stephanie Stock, Clarissa Lemmen (IGKE) Anna Hagemeyer, Anne Adams, Martin Hellmich (IMSB)
Förderzeitraum:	1. Oktober 2017 – 31. März 2022

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	6
II. Abbildungsverzeichnis	7
III. Tabellenverzeichnis	8
1. Bericht zur Wirksamkeitsevaluation von isPO	11
1.1 Ziele der Evaluation.....	11
1.1.1 Hintergrund	11
1.1.1.1 Psychoonkologie in Deutschland	12
1.1.1.2 Versorgungsdefizite und Handlungsbedarfe	14
1.1.2 Projektziele in isPO	16
1.1.3 Die neue Versorgungsform isPO.....	17
1.1.3.1 Wissenschaftliche, methodische und programmatische Besonderheiten ..	18
1.1.3.2 isPO als gestuftes Versorgungsmodell.....	20
1.1.4 Interne und externe Evaluation.....	21
1.1.4.1 Interne Evaluation.....	22
1.1.4.2 Externe Evaluation	22
1.2 Darstellung des Evaluationsdesigns	23
1.2.1 Übergreifendes externes Evaluationsdesgin	23
1.2.1.1 Prospektive Evaluation	24
1.2.1.2 Formative Evaluation	24
1.2.1.3 Summative Evaluation	25
1.2.1.4 Evaluationsmethoden	25
1.2.2 Summatives Evaluationsdesign	25

1.2.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien	26
1.2.2.2	Primäres Outcome: Wirksamkeit unter Anwendung des RDD	27
1.2.2.2.1	Weitere Analysen unter Anwendung des RDD	29
1.2.2.2.2	Sekundäre Analysen zum primären Outcome.....	30
1.2.2.2.3	Fallzahlberechnung.....	32
1.2.2.2.4	Datengrundlage	32
1.2.2.2.5	Datenaufbereitung	33
1.2.2.2.6	Statistische Analysen	35
1.2.2.3	Sekundäres Outcome: Versorgungsqualität	38
1.2.2.3.1	Versorgungsstruktur	39
1.2.2.3.2	Versorgungsprozesse & -ergebnisse	42
1.2.2.3.2.1	Datenbasis: Export der Daten aus CAPSYS ²⁰²⁰	42
1.2.2.3.2.2	Versorgungsintegrität (interne Evaluation).....	43
1.2.2.3.2.3	Programmadhärenz (interne Evaluation).....	44
1.2.2.3.2.4	Versorgungsleistung (externe Evaluation)	45
1.2.2.3.3	Versorgungserfahrungen.....	49
1.2.2.3.3.1	Einzelinterviews und Fokusgruppen	50
1.2.2.3.3.2	Schriftliche Befragungen von Patient:innen und Mitarbeiter:innen	55
1.2.2.4	Einbindung Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V.	65
1.3	Ergebnisse der summativen Evaluation	66
1.3.1	Primäres Outcome (Wirksamkeit)	66
1.3.2	Sekundäres Outcome (Versorgungsqualität)	75
1.4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	100
1.4.1	Primäres Outcome: Wirksamkeitsanalysen zur psychoonkologisch- psychotherapeutischen isPO-Versorgung	100
1.4.2	Sekundäres Outcome 1: isPO-Versorgungsqualität	102
1.4.2.1	Versorgungserfahrungen der Patient:innen	102
1.4.2.2	Versorgungserfahrungen der isPO-Versorgenden.....	104
1.4.2.3	Versorgungserfahrungen des onkologischen Klinikpersonals.....	105
1.4.2.4	isPO-Versorgungsstruktur (CAPSYS2020)	106
1.4.2.5	Versorgungsprozesse und -ergebnisse	107
1.4.3	Zusammenfassung der Schlussfolgerungen und Hauptempfehlungen	108
2.	Bericht zur gesundheitsökonomischen Evaluation von isPO	109
2.1	Einleitung (Projektbeschreibung).....	109

2.2	Methodik.....	110
2.2.1	Studiendesign und Datenbasis	110
2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien.....	112
2.2.3	Bildung der Studienkollektive.....	112
2.2.4	Charlson-Komorbiditätsindex zur Morbiditätsadjustierung zwischen den Gruppen	113
2.2.5	Propensity Score Matching zum Vergleich der Kosten von Interventions- und Kontrollgruppe.....	114
2.2.6	Statistische Analyse	116
2.3	Ergebnisse	116
2.3.1	Kostenvergleich im Interventionszeitraum	118
2.3.2	Stationäre Versorgung.....	119
2.3.3	Onkologika	120
2.3.4	Charlson-Komorbiditätsindex.....	120
2.4	Zusammenfassung	120
2.5	Limitationen	122
2.6	Fazit.....	123
3.	Bericht zur Programmadhärenz von isPO	124
3.1	Hintergrund der neuen Versorgungsform isPO	124
3.1.1	Ziel und Anwendungsbereich	124
3.2	Methodik.....	124
3.2.1	Definition Qualitätsdimension.....	127
3.2.2	Definition Qualitätskriterien.....	127
3.2.3	Bewertungskategorien	129
3.3	Bewertungsschema.....	129
3.4	Erhebungsinstrument	131
3.4.1	Übersicht.....	131
3.4.2	Häufigkeitsverteilung der Qualitätsdimensionen und -kriterien	141
3.5	Ergebnis.....	144
3.5.1	Bewertung der Programmadhärenz.....	144
3.5.2	Implementierungsgrad	159
3.5.3	Gesamtbewertung	159
3.5.4	Teilergebnisse	160
3.5.4.1	Versorgungsverträge.....	160
3.5.4.2	Versorgungskonzept	160

3.5.4.3	Versorgungsmanagement.....	160
3.5.4.4	Qualitätsmanagement	160
3.5.4.5	Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.....	161
3.5.4.6	Versorgungstelematik.....	161
3.5.4.7	Personelle Ressourcen	161
3.5.5	Bewertung Qualitätsindikatoren	161
3.5.5.1	Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten (QI 81034-81037) 163	
3.5.5.2	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten (QI 81053) 165	
3.5.5.3	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und erstes Folgegespräch (QI 81057) 166	
3.5.5.4	Zeitspanne bei Organisation der Assessments (QI 81067-81072).....	166
3.5.5.5	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation (QI 81080-81084) 170	
3.6	Einfluss der Covid-19 Pandemie.....	173
3.7	Fazit	174
4.	Bericht zur Versorgungsintegrität von isPO	175
4.1	Einleitung	175
4.1.1	Definition Versorgungsintegrität.....	175
4.2	Methoden.....	175
4.2.1	Datenbasis	175
4.2.2	Ziele und Fragestellungen des Berichts.....	176
4.2.3	Statistische Auswertungsverfahren.....	177
4.3	Ergebnisse der deskriptiven Analysen	177
4.3.1	Demographische Daten nach Interventions- und Kontrollgruppe.....	177
4.3.2	Demographische Daten nach Stufe	179
4.3.3	Demographische Daten nach HADS-Intervallen.....	181
4.4	Analyse der Versorgungsintegrität	186
4.4.1	Einhaltung der Zeiträume nach Studiendesign	186
4.4.1.1	Differenzen zwischen einzelnen Zeitpunkten.....	186
4.4.1.2	Soll-Ist-Vergleich der Ausfüllzeiträume für die HADS-Fragebögen	186
4.4.2	Angemessenheit der Stufenzuordnung.....	187
4.4.2.1	Einteilung nach HADS-Intervall	187
4.4.2.2	Einteilung der höher belasteten Patient*innen in Stufe 2 bzw. 3b.....	187

4.4.3	Durchführung der Gespräche gemäß Stufeneinteilung	188
4.4.3.1	Gespräche mit einem Psychotherapeuten	188
4.4.3.2	Gespräche mit einer Psychosozialen-Fachkraft.....	189
4.4.4	Klinische und statistische Veränderung der psychischen Belastung (RCI)	190
4.4.4.1	RCI nach Versorgungsstufe	190
4.4.4.2	RCI nach Anzahl der durchgeführten Gespräche.....	191
4.4.4.2.1	Gespräche mit einem Psychotherapeuten.....	191
4.4.4.2.2	Gespräche mit einer Psychosozialen-Fachkraft	192
4.4.5	Nutzung der geplanten Interventionen/Module.....	193
4.4.5.1	Wurden die empfohlenen Maßnahmen adäquat umgesetzt?	193
4.4.5.2	Anzahl empfohlener und durchgeführter Maßnahmen	195
4.4.5.3	Deskription der Anzahl empfohlener und durchgeführter Module	200
4.4.5.4	Deskription zur Verwendung der Problemaktionen im PSF-Gespräch.....	201
4.4.6	Einfluss der Therapiegespräche auf die Veränderung des HADS.....	203
4.4.6.1	Zusammenhangsanalyse: Gespräche und HADS-Veränderung (Korrelation) 203	
4.4.6.2	Regression: Einfluss der PT-Gespräche auf HADS-Veränderung	205
4.4.6.3	Regression: Einfluss der PSF-Gespräche auf HADS-Veränderung	206
4.4.6.4	Regression: Einfluss der Behandlungsmodule auf HADS-Veränderung	207
4.5	Zusammenfassung und Interpretation	207
5.	Literaturverzeichnis	210
6.	Anhang.....	221
7.	Anlagen.....	222

Orientierung für Lesende

Der vorliegende externe Evaluationsbericht bezieht sich auf das Projekt „isPO – integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie“, welches vom Innovationsfond (Gemeinsamer Bundesausschuss) unter dem Förderkennzeichen 01NVF17022 geführt wird.

Der 1. Abschnitt stellt den Bericht zur Evaluation der Wirksamkeit des isPO-Verfahrens dar. Der Bericht zur gesundheitsökonomischen Evaluation des isPO-Verfahrens erfolgt in 2. Abschnitt. Der Bericht zur isPO-Programmadhärenz findet sich in 3. Abschnitt. Abschließend wird in 4. Abschnitt der Bericht zur isPO-Versorgungsintegrität dargestellt.

Darüber hinaus sind innerhalb der Projektlaufzeit von isPO zwei isPO-Teilprojekte umgesetzt worden. Die Evaluationsfragen und dazugehörigen Antworten zum Teilprojekt 1 (Vorbereitende Arbeiten zur Übertragung der neuen Versorgungsform isPO in die Regelversorgung) finden sich im Anhang 1, jene für das Teilprojekt 2 (Weiterentwicklung des isPO-Onkolotsen-Ansatzes zu einem vollwertigen Modul) im Anhang 2.

I. Abkürzungsverzeichnis

AAE	Auswahl- und Ausführungsempfehlungen
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAPSYS²⁰²⁰	in isPO entwickeltes IT-gestütztes Dokumentations- und Assistenzsystem Psychoonkologie
CCC	Comprehensive Cancer Centers
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CI	Critical Incident
CIO	Centrum für Integrierte Onkologie
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V.
DWH	Data Warehouse
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EI	Einzelinterview
FE 1.0	Erste formative Evaluationsschleife isPO (2019)
FE 2.0	Zweite formative Evaluationsschleife isPO (2020)
FG	Fokusgruppe
FS	Fragestellung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GÖE	Gesundheitsökonomische Evaluation
HADS	Fragebogen zur Erfassung der Angst und Depressionsneigung (Hospital Anxiety and Depression Scale)
HE	Handlungsempfehlungen
HKSH-BV	Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V.
ICD	International Classification of Diseases
IGKE	Institut für Gesundheitsökonomie & Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln
IF	Innovationsfond
IMSB	Institut für Medizinische Statistik & Bioinformatik, Universität zu Köln
IMVR	Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung & Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln
ISCED	Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens
isPO	integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie
isPO-CM	isPO-Case Management, isPO-Case Manager:in
isPO-OL	isPO-Onkolots:in
KGNRW	Krebsgesellschaft NRW e. V.
KI	Komplexe Intervention
KPP	Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln
LATE	Lokaler mittlere Behandlungseffekt (a.d. engl. Local average treatment effect)
M	Mitarbeiter:innen
MED I	Medizinische Klinik I, Klinische Psychoonkologie, Uniklinikum Köln
MIFH	Medizinische Informatik, Fachhochschule Dortmund
MMD	Mixed-Methods-Design
MRC	Medical Research Council
NK	Netzwerkkoordinator:in

nVF	neue Versorgungsform (isPO)
NKP	Nationaler Krebsplan
NRW	Nordrhein-Westfalen
P	Patient:innen
PIM	Patient:inneninformationsmaterialien
PJ	Projektjahr
PO	Psychoonkologie
POut	Primäres Outcome
POV	Psychoonkologische Versorgung
PPE	Partizipative Prozessevaluation
PQE	Partizipative Qualitätsentwicklung
PREMs	Patient-reported experience measures
PROMs	Patient-reported outcome measures
PSF	Psychosoziale Fachkraft
PSR	Fragebogen zur Erfassung der psychosozialen Risiken
PT	Psychotherapeut:in
QI	Qualitätsindikatoren
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QW	Qualitätsworkshop
QZ	Qualitätszirkel
RCI	Reliable Change Index
RDD	Regressions-Diskontinuitäts-Design
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedures
TOP	Tagesordnungspunkt
UPIM-Check	User-friendly Patient Information Material Checklist; Instrument zur Bewertung und Verbesserung von Patient:inneninformationsmaterialien
VE	Versorgungserfahrung
VK	Versorgungskomponente
VL	Versorgungsleistung
VN	Versorgungsnetzwerk
Work-SoC	Work-related sense of coherence; arbeitsbezogener Kohärenzsinn

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenschau der sechs isPO-Versorgungskomponenten (VK).....	19
Abbildung 2: Das gestufte Versorgungsprogramm isPO mit multidisziplinärem Versorgungsteam	21
Abbildung 3: MRC-Framework als theriegeleiteter Rahmen zur Evaluation komplexer Interventionen mit vier isPO-Evaluationsphasen (adaptiert nach Moore et al., 2015).....	23
Abbildung 4: Qualitative und quantitative Methoden der externen Evaluation von isPO	25
Abbildung 5: Die drei Komponenten der Evaluation von isPO	26
Abbildung 6: Regressions-Diskontinuitäts-Design bei Haupteffekt der Intervention mit HADS T1 als Zuweisungsvariable und HADS T3 als Outcomevariable (eigene Darstellung).....	29
Abbildung 7: Kategorien der Versorgungsqualität (sekundäres Outcome 1) in der summativen Evaluation von isPO	39
Abbildung 8: CAPSYS ²⁰²⁰ -Datenflüsse für die Analysen der Versorgungsintegrität, Programmadhärenz und Versorgungsleistungen	43

Abbildung 9: isPO-Versorgungserfahrungen mit Perspektiven und Datenerhebungsmethoden in der summativen Evaluation	50
Abbildung 10: Qualitative Datenerhebungen im Projektverlauf (formative und summativ Evaluationsphasen)	51
Abbildung 11: Übersicht über die Themen der Interviewleitfäden. (PREM = Patient-reported experiences measure; PROM = Patient-reported outcome measure)	54
Abbildung 12: Ablauf der isPO-Patient:innenbefragung.....	56
Abbildung 13: Ablauf der isPO-Onkolots:innenbefragung T2.....	58
Abbildung 14: Ablauf der isPO-Mitarbeiter:innenbefragung.....	59
Abbildung 15: Datenaufbereitung und Matching	116
Abbildung 16: Anzahl der Auswertungsfälle je Versorgungsnetzwerk (n = 4.460 Auswertungsfälle insgesamt)	141
Abbildung 17: Verteilung der Bewertungskategorien	141
Abbildung 18: Verteilung der Qualitätsdimensionen	142
Abbildung 19: Verteilung der Qualitätskriterien.....	142
Abbildung 20: Verhältnis von Qualitätsdimensionen und -kriterien	143
Abbildung 21: Auswertungen nach Implementierungsgrad	159
Abbildung 22: Bewertbare Auswertungsfälle	159
Abbildung 23: Mittelwerte der durchschnittlichen Zeitspannen bei Organisation des Zugangs pro Patienten.....	163
Abbildung 24: QI 81034.....	163
Abbildung 25: QI 81035.....	164
Abbildung 26: QI 81036.....	164
Abbildung 27: QI 81037.....	165
Abbildung 28: QI 81053.....	165
Abbildung 29: QI 81057.....	166
Abbildung 30: Mittelwerte der Zeitspannen bei Organisation der Assessments	166
Abbildung 31: QI 81066.....	167
Abbildung 32: QI 81067.....	167
Abbildung 33: QI 81068.....	168
Abbildung 34: QI 81069.....	168
Abbildung 35: QI 81070.....	169
Abbildung 36: QI 81071.....	169
Abbildung 37: QI 81072.....	170
Abbildung 38: Mittelwerte der Zeitspannen zwischen Durchführung und Dokumentation.	170
Abbildung 39: QI 81080.....	171
Abbildung 40: QI 81081.....	171
Abbildung 41: QI 81082.....	172
Abbildung 42: QI 81083.....	172
Abbildung 43: QI 81084.....	173
Abbildung 44: Möglicher Einfluss von Covid-19.....	173
Abbildung 45: Möglicher Einfluss von Covid-19 in den Versorgungsnetzwerken	174
Abbildung 46: Flussdiagramm	176

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Einschreibung in das isPO-Programm	26
--	----

Tabelle 2: Einteilung der ICD-10-Codes in Tumorentitätsgruppen	34
Tabelle 3: Methodenübersicht	35
Tabelle 4: Fokus der CAPSYS ²⁰²⁰ -Prüfszenarien und Rolle der Testperson zur Reifegradmessung	40
Tabelle 5: Matrix zur szenariengeleiteten Prüfung von CAPSYS ²⁰²⁰	41
Tabelle 6: Darstellung der qualitativen Erhebungen des dritten und vierten Projektjahres... ..	52
Tabelle 7: Handlungsempfehlungen aus den Wirksamkeitsanalysen zum primären Outcome.	102
Tabelle 8: Handlungsempfehlungen aus den Versorgungserfahrungen der isPO-Patient:innen.	103
Tabelle 9: Handlungsempfehlungen aus den Versorgungserfahrungen der isPO-Versorgenden.	105
Tabelle 10: Handlungsempfehlungen aus den Versorgungserfahrungen des onkologischen Klinikpersonals.	106
Tabelle 11: Handlungsempfehlungen zur Versorgungsstruktur.	106
Tabelle 12: Handlungsempfehlungen zu den Versorgungsprozessen und -ergebnissen.	108
Tabelle 13: CCI – Gewichte der Krankheitsbilder ohne onkologische Diagnosen	113
Tabelle 14: Durchschnittsalter und Altersverteilung der Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline	117
Tabelle 15: Verteilung der Charlsondiagnosen der Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline	118
Tabelle 16: Gesamtkosten der Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline in €	118
Tabelle 17: Kostenvergleich in beiden Gruppen während des Interventionszeitraumes in €	119
Tabelle 18: Stationäre Versorgung.....	119
Tabelle 19: Gesamtkosten der Interventions- und Kontrollgruppe während des Interventionszeitraumes in € bei Patienten mit mindestens 1 Tag stationärer Aufnahme ..	119
Tabelle 20: Anzahl und Kosten der Onkologika	120
Tabelle 21: CCI mit und ohne Krebsdiagnosen	120
Tabelle 22: Bewertungsschema	125
Tabelle 23: Übersicht Bewertungskriterien	131
Tabelle 24: Ergebnisse der Bewertung der Programmadhärenz	144
Tabelle 25: Übersicht aller statistisch auffälligen QI Ergebnisse	162
Tabelle 26: Baselinecharakteristika nach Schwellwert	177
Tabelle 27: Deskription nach Stufe für Berichtskollektiv	179
Tabelle 28: Deskription nach HADS-Intervall für Berichtskollektiv.....	183
Tabelle 29: Differenzen zwischen Zeitpunkten	186
Tabelle 30: Soll-Ist-Vergleich der HADS-Ausfüllzeiträume.....	186
Tabelle 31: Stufeneinteilung nach HADS.....	187
Tabelle 32: Stufeneinteilung nach HADS und PSR	188
Tabelle 33: Anzahl an PT-Gesprächen pro Stufe	188
Tabelle 34: Deskription der Anzahl am PT-Gesprächen pro Stufe.....	189
Tabelle 35: Anzahl an PSF-Gesprächen pro Stufe	189
Tabelle 36: Deskription der Anzahl an PSF-Gesprächen pro Stufe	190
Tabelle 37: RCI nach Versorgungsstufe (T1 zu T2)	190
Tabelle 38: RCI nach Versorgungsstufe (T1 zu T3)	191
Tabelle 39: RCI nach Anzahl der PT-Gespräche (T1 zu T2).....	191

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Tabelle 40: RCI nach Anzahl der PT-Gespräche (T1 zu T3).....	192
Tabelle 41: RCI nach Anzahl der PSF-Gespräche (T1 zu T2)	192
Tabelle 42: RCI nach Anzahl der PSF-Gespräche (T1 zu T3)	193
Tabelle 43: Anzahl der Maßnahmen: umgesetzt wie empfohlen.....	194
Tabelle 44: Anzahl empfohlener und durchgeführter Maßnahmen.....	195
Tabelle 45: Anzahl empfohlener und durchgeführter Module.....	200
Tabelle 46: Deskription der PSF-Problemaktionen	202
Tabelle 47: Korrelation: Änderung des HADS und Anzahl an PT-Gesprächen.....	203
Tabelle 48: Korrelation: Änderung des HADS und Anzahl an PSF-Gesprächen	204
Tabelle 49: Einfluss der PT-Gespräche auf die Änderung des HADS.....	205
Tabelle 50: Einfluss der PSF-Gespräche auf die Änderung des HADS.....	206

1. Bericht zur Wirksamkeitsevaluation von isPO

1.1 Ziele der Evaluation

Im folgenden Kapitel werden studienbasiert zunächst die Erkrankung Krebs mit ihren psychischen Herausforderungen sowie etwaige Unterstützungsbedarfe der Betroffenen beschrieben. Sodann wird die Psychoonkologie (PO) in ihren Zielsetzungen und entsprechend die psychoonkologische Versorgungslandschaft in Deutschland dargelegt. Auf der Basis der aktuellen Versorgungssituation inklusive der Verbesserungspotentiale werden schließlich die Projektziele der neuen Versorgungsform (nVF) isPO sowie die Ziele der externen Evaluation dieser nVF formuliert.

1.1.1 Hintergrund

Jährlich erkranken in Deutschland etwa eine halbe Million Menschen erstmalig an Krebs, etwa eine Viertelmillion Krebserkrankte versterben daran (Robert-Koch-Institut 2021). Bei Krebs handelt es sich um krankhafte Veränderungen der Körperzellen, wobei eine unkontrollierte Vermehrung von entarteten Zellen stattfindet und somit das gesunde Gewebe zerstört wird. Die Bezeichnung Krebs umfasst mithin bösartige Tumore, die verdrängend in gesundes Gewebe einwachsen (Deutsche Krebsgesellschaft 2021a). Trotz des Einsatzes modernster Therapiemethoden wird das relative 10-Jahres-Überleben nach Diagnosestellung auf nur 55-60 % prognostiziert (Robert-Koch-Institut 2017). Tödliche Krebserkrankungen ziehen sich durch alle Altersgruppen und zählen bei den 45- bis 65-Jährigen zur häufigsten Todesursache (Statistisches Bundesamt).

Neben den physischen Herausforderungen einer Krebstherapie sind die Auseinandersetzungsprozesse mit der Krankheit und Therapie sowie der Umgang mit den daraus folgenden abrupten privaten und beruflichen Veränderungen für die Patient:innen mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden (Künzler et al. 2010; Kessler et al. 2005). Krankheitsbedingt leiden viele Patient:innen unter Distress, Fatigue, Ängsten (z. B. Progredienzangst) und Depressivität (Andritsch and Traun-Vogt 2020; Götze 2021). Etwa jeder zweite Betroffene fühlt sich psychisch stark belastet (Mehnert et al. 2018). Während des Therapieverlaufes entwickeln nahezu 50 % der Betroffenen therapiebedürftige Ängste und Depressionen (Kusch et al. 2013). Nach Therapieabschluss werden zudem häufig Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) diagnostiziert (Künzler et al. 2010).

Ferner bringt die Krebserkrankung oftmals zahlreiche psychosoziale Einschränkungen mit sich, welche die Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit sowie soziale Teilhabe der Patient:innen massiv beeinträchtigen. Im erwerbsfähigen Alter greifen die Rückkehr ins Berufsleben oder Probleme am Arbeitsplatz oftmals auch in das psychosoziale Alltagserleben der Betroffenen ein (Mehnert 2011). Durch die Krankheit bedingte finanzielle Einbußen, berufliche Umorientierung, Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung können zu psychosozialen Belastungsspitzen und Überforderung führen (Dräger 2019). Aber auch bei älteren Krebspatient:innen werden viele psychosoziale Belastungen beobachtet, beispielsweise Leistungsabfall und damit verbundene Selbstzweifel, Einsamkeit oder Überforderung mit multiplen bürokratischen Belangen (Köhler et al. 2015). Jedoch artikuliert diese Betroffenengruppe die Probleme oft unzureichend. Folglich werden diese von den Versorgenden schwerer bzw. kaum wahrgenommen (Heike et al. 2020).

Aus Untersuchungen geht hervor, dass sich etwa 50 % der Menschen mit einer Krebserkrankung in Deutschland eine psychosoziale Unterstützung wünschen (Robert Koch-Institut). Mitunter 40 % der Betroffenen wünschen sich eine sozialarbeiterische und 30 % eine psychologische Unterstützung (Deutsche Krebshilfe (DKH) & Deutsche Krebsgesellschaft 2015; Singer et al. 2011; Faller et al. 2003). Als häufigste Bedarfe werden etwa professionelle psychologische Beratung, Unterstützung bei der Alltagsbewältigung sowie personalisierte

Informationen zur Erkrankung und Krankheitsbewältigung genannt (Faller et al. 2016). Dazu werden Hilfestellungen zum Umgang mit Ängsten, Depressionen und der Angst vor Wiederauftreten oder Progression der Erkrankung, Hilfen zur Verbesserung der Kommunikation sowie Unterstützung für Partner:in und Familienmitglieder angeführt (Weis and Giesler 2016; Sanders et al. 2010; Sanson-Fisher et al. 2000; Sutherland et al. 2009). Im Bericht des Robert Koch-Instituts (Robert Koch-Institut) zum Krebsgeschehen in Deutschland wird zudem auf Bedürfnisse des Zugangs zu ähnlich betroffenen Patient:innen und zu Selbsthilfegruppen, auf Fragen zur Sexualität und zu sexuellen Beziehungen sowie auf Fragen der Spiritualität verwiesen.

Dabei nehmen jüngere und weibliche Krebserkrankte signifikant häufiger psychologische Betreuung in Anspruch. Aus einer Beobachtungsstudie (Weis et al. 2018) mit Blick auf die Krebszentren in Deutschland mit N = 1398 Studienteilnehmer:innen geht angesichts verschiedener Diagnosen hervor, dass sich die höchsten Raten der Inanspruchnahme von psychologischer Betreuung bei Frauen mit gynäkologischem Krebs (43,2 %) und Brustkrebs (35,0 %) fanden, während Patient:innen mit Kopf- und Halskrebs (16,1 %) oder männlichem Genitalkrebs (13,3 %) die niedrigsten Raten aufwiesen.

1.1.1.1 Psychoonkologie in Deutschland

Die PO befasst sich maßgeblich mit „dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatienten im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). Die PO hat die gesundheitssystemische Aufgabe, die verschiedenen psychosozialen Aspekte in Entstehung, Behandlung und Verlauf einer Krebserkrankung wissenschaftlich zu erforschen, die entsprechenden Erkenntnisse in die Versorgung einzubringen und in der Behandlung der Patient:innen umzusetzen (Weis and Giesler 2016).

Im Sinne des Leitlinienprogramms Onkologie bzw. der Patientenleitlinie Psychoonkologie (Leitlinienprogramm Onkologie 2014) verfolgen die Maßnahmen der PO vor diesem Hintergrund mehrere Ziele: Sie sollen die Patient:innen und Angehörigen bei der Verarbeitung von krankheitsbedingten physischen und psychischen Belastungen unterstützen, das seelische Wohlbefinden der Patient:innen verbessern, Begleit- und Folgeprobleme im Kontext von Diagnose und Therapie verbessern, individuelle Bewältigungsmöglichkeiten (Ressourcen) stärken und die Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen.

Demnach ist die PO zentral für eine ganzheitliche Versorgung und Begleitung von Krebspatient:innen. Sie wird als konzeptionell wichtiger, prozessbegleitender Bestandteil in allen Phasen der medizinischen Krebsversorgung bewertet, welche sich über die (1) Primärversorgung im Akutkrankenhaus, (2) die ambulante oder stationäre Rehabilitation sowie (3) die ambulante Versorgung erstrecken kann (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). Eine bestmögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Behandler:innen wird als Grundstein für die onkologische Versorgung beschrieben (Steven et al. 2019).

In einer Arbeitsgruppe zum Nationalen Krebsplan (NKP) sind dazu die psychoonkologische Versorgung (POV) als „gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen für Krebskranke und ihre Angehörigen“ definiert und die Aufgabenbereiche näher beschrieben (Herschbach and Mandel 2011). Die Information, Beratung, Psychoedukation und supportive Begleitung der Betroffenen werden der psychosozialen Versorgung zugeordnet. Die Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patient:innen mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen hingegen fallen in den psychotherapeutischen Versorgungsbereich. Die Ausgestaltung der POV richtet sich hierbei maßgeblich nach dem Krebs-Therapieverlauf und den damit verbundenen individuellen Bedarfen der Betroffenen.

Insbesondere die psychosoziale Unterstützung, z. B. durch die Krebsselfhilfe, kann dazu beitragen, eine Krebserkrankung zu verarbeiten und psychische Belastungen zu reduzieren (Goerling et al. 2010; Faller et al. 2013). Daraus wird etwa gefolgert, dass die Zuweisung in psychoonkologische Behandlungs- und Unterstützungsprogramme so früh wie nötig erfolgen sollte (Mayer et al. 2017; Künzler et al. 2010). Studien zeigen außerdem, dass psychosoziale Beratung das Selbstwertgefühl (Ramsay et al. 2007), die Paar- und Familienbeziehung (Thastum et al. 2006) sowie die Gesundheitskompetenz verbessern kann (Goerling et al. 2010). Somit ist die professionelle, psychoonkologische Versorgung nicht nur an die biomedizinische Behandlung gebunden, sondern schließt die Krebsprävention, Früherkennung und palliative Versorgung mit ein (Mehnert 2014).

Die überwiegende Mehrheit der Ärzt:innen (96,8 %) gibt an, dass Erkrankte von POV profitieren können (Zimmermann-Schlegel et al. 2017). Besonders Versorgende in multiprofessionell agierenden onkologischen Teams unterstreichen die Bedeutsamkeit psychoonkologischer Unterstützung innerhalb der Krebstherapie (Steven et al. 2019). Sie haben beobachtet, dass dies die Bereitschaft der Patient:innen zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen (Compliance) erhöhte, was wiederum einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg habe (Hoagland et al. 1983). Daher sollte die Zuweisung in professionelle psychoonkologische Behandlungs- und Unterstützungsprogramme aus ihrer Sicht so früh wie möglich erfolgen (Künzler et al. 2010; Mayer et al. 2017).

International sieht die moderne Krebstherapie eine vollständige Integration der PO in die biomedizinische Behandlung vor (Institute of Medicine 2008). Im NKP (Bundesministerium für Gesundheit 2020) wird im Handlungsfeld 2 die „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung“ gefordert. Um dies zu erreichen, sei „eine qualitativ hochwertige“ (Ziel 4), „integrierte und sektorenübergreifende Versorgung“ (Ziel 7) sowie „bedarfsgerechte psychoonkologische Unterstützung für alle Krebspatienten“ (Ziel 9) unabdinglich. Zur Erreichung von Ziel 7 wird zugleich empfohlen, Versorgungsmodelle mit Einbindung der Selbsthilfe zu entwickeln und flächendeckend zu implementieren.

Innerhalb des Leitlinienprogramms Onkologie (Leitlinienprogramm Onkologie 2014) ist die S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ ein weiteres Kernelement zur Gestaltung der Strukturen des Gesundheitssystems. Dabei ist der Zugang zu psychoonkologischen Unterstützungsangeboten ein essenzieller Bestandteil der leitliniengetreuen Patient:innenversorgung. Auch die Inanspruchnahme dazu sollte evaluiert werden (Leitlinienprogramm Onkologie 2014; Kowalski et al. 2016; Deutsche Krebsgesellschaft 2021a). Gemäß Leitlinie sollte über qualifizierte Unterstützungsangebote gerade der Krebsselfhilfe frühzeitig informiert werden. Zudem ist eine schriftlich ausgearbeitete Konzeption für die psychoonkologische Tätigkeit in jeder Einrichtung als Qualitätsmerkmal nachzuweisen (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). In den zertifizierten Krebszentren müssen qualifizierte Psychoonkolog:innen zur Verfügung stehen (Deutsche Krebsgesellschaft 2021b).

Die POV in den drei Bereichen unseres Gesundheitssystems – ambulante und stationäre Versorgung sowie der Rehabilitationsbereich (ambulant und stationär) – ist unterschiedlich ausgeprägt und weist eine große Angebotsvarianz auf. Diese werden teilweise evidenzbasiert oder basierend auf dem Konsens von Expert:innen angeboten, unterscheiden sich jedoch maßgeblich bezüglich Inhalt, Strukturierungsgrad, Interventionsform und Frequenz der Unterstützung (Weis and Giesler 2017).

Stufenweise aufgebaute Versorgungsmodelle sind darauf ausgerichtet, den komplexen Bedarfen aller Beteiligten in der PO gerecht werden zu können (Sharpe et al. 2014). Für dieses Ziel der bedarfsgerechten Unterstützung (Bundesministerium für Gesundheit 2020) (Ziel 9) ist eine frühzeitige Erfassung und Identifikation der psychosozialen Belastungen und individuellen Bedarfe bedeutsam. In den Akutkliniken hat sich ein standardisiertes Screening

aller psychosozialer Belastungen sowie deren Dokumentation als sinnvoll erwiesen und wird nunmehr als fester Bestandteil der POV verstanden (Singer et al. 2016). Zudem wird als bedeutsam angesehen, wenn die individuellen Bedarfe neben dem Screening in einem persönlichen Gespräch mit dem:der behandelnden Arzt:Ärztin, der betreuenden Pflegekraft (Weis and Giesler 2016) und / oder dem PO-Team exploriert sowie gewichtet werden. Bei diesen integrierten POV-Konzepten steht der Einbezug der Betroffenen über alle klinischen Versorgungsphasen (d. h. während der akuten, rehabilitativen und ambulanten Versorgung) im Mittelpunkt (Fann et al. 2012).

Um den multiplen Bedarfen der Patient:innen individuell gerecht werden zu können, ist der Einsatz multiprofessioneller Versorgungsteams, die beispielsweise aus Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Physiotherapeut:innen bestehen, in der POV vielversprechend (Singer et al. 2016). Ärzt:innen, Pflegekräfte, Seelsorger:innen, Pädagog:innen, klinische Sozialarbeiter:innen sowie Vertreter:innen aus der Selbsthilfe können diese Teams komplettieren. In den zertifizierten Krebszentren hat zudem die Bereitstellung qualifizierter Psychoonkolog:innen im stationären Bereich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität geführt (Singer et al. 2013).

Dabei gehen mit der Komplexität der Feststellung psychoonkologischer Behandlungsbedarfe zugleich Anforderungen an die Versorgungsplanung und -sicherheit einher, die wiederum auf die Qualität der POV verweisen. Prozessbegleitende, qualitätssichernde Maßnahmen können dabei der kontinuierlichen Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der POV dienlich sein (Weis and Giesler 2016).

1.1.1.2 Versorgungsdefizite und Handlungsbedarfe

In Deutschland wird die leitliniengerechte Bereitstellung und Umsetzung der POV vielerorts immer noch als herausfordernd betrachtet (Mehnert and Koranyi 2018). Finanzierungsprobleme, regionale Versorgungslücken, Informations- sowie Qualifizierungsdefizite werden dafür als ursächlich beschrieben, teilweise bedingen sich diese auch untereinander (Herschbach and Mandel 2011).

Der leitliniengerechten Umsetzung der POV mangelt es derzeit an einer gesetzlichen Grundlage für eine einheitliche, flächen- und kostendeckende Finanzierung (Herschbach 2019; Lehmann-Laue 2019). Obwohl in den Akutkliniken eine bedarfsgerechte POV zu den Zertifizierungskriterien gehört, wird dies nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung refinanziert. Kostenträger stellen lediglich in den Rehabilitationskliniken eine Finanzierung der PO-Leistungen sicher. Die Kosten für ambulante psychoonkologische Versorgungsleistungen werden nur bei Patient:innen mit diagnostizierten Störungen übernommen.

Weiterhin wird die POV in Deutschland nicht flächendeckend angeboten, wobei ländliche Gebiete besonders unterversorgt sind (Bühning 2014). Die Gründe für eine fehlende oder lückenhafte Versorgung sind vielfältig. Sie können in einer uneinheitlichen Finanzierung begründet sein, die sich auch aus der Tätigkeit diverser psychoonkologischer Professionen (z. B. Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen) herleitet (Deutsche Krebshilfe (DKH) & Deutsche Krebsgesellschaft 2017). Zudem wird die starke sektorale Trennung psychoonkologischer Versorgungsstrukturen zwischen und innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens als ursächlich für die Unterversorgung angesehen (Deutsche Krebshilfe (DKH) & Deutsche Krebsgesellschaft 2015; Kusch et al. 2013; Weis and Brähler 2013; Singer et al. 2016). Laut der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH) (Deutsche Krebshilfe (DKH) & Deutsche Krebsgesellschaft 2017) bestehen die „größten Versorgungslücken“ derzeit im ambulanten Sektor. Nach Bühning (Bühning 2014) und Haun et al. (Haun et al. 2018) stehen etwa zu wenig niedrigschwellige Angebote zur Verfügung. Es fehlt ein flächendeckender Ausbau der Krebsberatungsstellen, um den psychosozialen Bereich abzudecken, an qualifizierten Berater:innen sowie an einer gleichfalls gesicherten Finanzierung. In vielen onkologischen Behandlungszentren werden psychosoziale und psychoonkologische

Unterstützungsbedürfnisse zudem meist nicht oder nicht ausreichend erkannt (Mehnert and Hartung 2015). Das PO-Screening ist oft obligatorisch und etwaige Ergebnisse werden nicht oder unzureichend in die onkologische Therapie integriert. In Tumorboards ist sodann die PO defizitär vertreten. Im Entlassungsbericht werden die PO-Bedarfe oder erfolgten Leistungen überdies kaum beschrieben (Herschbach 2019; Book et al. 2013; Grosse-Thie 2021).

Darüber hinaus wird auch die oftmals nur spärliche Integration der Selbsthilfe beklagt. Denn obwohl die Bundesregierung die gesundheitliche Selbsthilfe als festen Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens bezeichnet und die Selbsthilfe die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung in vielfältiger Weise unterstützen soll (Bundesgesundheitsministerium), wird nach DKG und DKH (Deutsche Krebshilfe (DKH) & Deutsche Krebsgesellschaft 2017) das Potential der bundesweiten Krebsselfhilfegruppen verkannt. Sie könnten auf Peer-Ebene den individuellen psychoonkologischen Versorgungsprozess unterstützen, doch sind sie bisweilen nur wenig punktuell und nicht systemisch in die derzeitigen Versorgungsstrukturen integriert.

Im stationären Sektor zeigen sich die POV-Angebote sehr heterogen. Die Aufbau- und Ablauforganisationen divergieren verhältnismäßig stark (Singer et al. 2016). Dabei mangelt es häufig an einer zeitnahen Bereitstellung eines individuellen, sektorenübergreifenden und prozessbegleitenden Angebots, das Patient:innen und deren Angehörige unterstützt (Mehnert and Hartung 2015). Zudem wird nur in den zertifizierten Krebszentren eine psychosoziale Versorgung durch interdisziplinäre Behandlungsteams angeboten (Bühning 2014). Aufgrund dieses unterschiedlichen Angebots divergieren auch die Zahlen zur Inanspruchnahme. In den Comprehensive Cancer Centers (CCCs) nehmen mitunter 28 % der stationären Patient:innen ein psychoonkologisches Gesprächsangebot in Anspruch (Weis et al. 2018), in den übrigen Krebszentren jedoch nur 9 % der Patient:innen (Zeissig et al. 2015).

Auch im ambulanten Sektor werden deutliche Versorgungsdefizite wahrgenommen. Dabei müssen sich Überlebende einer Krebserkrankung unter Umständen mit Langzeitfolgen und Spätkomplikationen in Zusammenhang mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen. Cancer-Survivorship-Programme, Selbsthilfegruppen, Krebsberatungsstellen und multiprofessionelle Sprechstunden für Menschen mit und nach einer Krebserkrankung können dem Abhilfe schaffen, sind aber nur lückenhaft oder nicht flächendeckend vorhanden (Schilling 2019). In einer Befragung von N = 683 Ärzt:innen gaben knapp 97 % an, Krebsüberlebende könnten von psychoonkologischen Diensten profitieren. 90,9 % der Befragten empfanden dazu jedoch die Versorgung mit psychoonkologischen Diensten als unzureichend, oftmals zurückgehend auf erschwerte / nicht erfolgte Überweisungen vor allem in ländlichen Gebieten (77,7 %). Ein Anteil von 14,9 % der Ärzt:innen bot erst gar keine psychosoziale Unterstützung an (Zimmermann-Schlegel et al. 2017).

Besondere Herausforderungen stellen sich weiterhin für gestufte POV-Konzepte angesichts unterschiedlich bedarfsgerecht ausgebauter Versorgungsstrukturen sowie der Sektorengrenzen bzw. Lücken im Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung (Heckl et al. 2011; Bergelt et al. 2010). Ein Mangel wird in der Anlage psychoonkologischer Behandlungspfade, insbesondere an den Schnittstellen von stationärer und ambulanter Versorgung, gesehen (Lehmann-Laue 2019). In der täglichen Arbeit zeigte sich, dass die kurze stationäre Verweildauer (z. B. postoperativ) der nachhaltigen PO-Begleitung entgegenstehen und Versorgungsabbrüche nach sich ziehen kann, da die Arbeit der POV-Teams auf dieses stationäre Setting begrenzt ist (Singer et al. 2016).

Optimierungsbedarf liegt weiterhin in etwaigen Hürden zur Nutzung vorhandener PO-Angebote, denn nur die Hälfte der Bedarf anmeldenden Betroffenen nutzt die POV letztlich auch (Dilworth et al. 2014; Faller et al. 2016). Vorbehalte gegenüber der PO liegen oftmals aufgrund von Informationsdefiziten, einer negativen Einstellung gegenüber Psychologie / Psychotherapie, Scham oder einer Negierung der Bedarfe vor. Wird ein Bedarf angemeldet

und sodann doch nicht weiter in Anspruch genommen, kann dies etwa an einer (auch temporär) schlechten körperlichen Verfassung oder an einem innerhalb der Behandlung ungünstigen Zeitpunkt für die angebotene Beratung liegen (Dilworth et al. 2014). Kurze Liegezeiten sowie fehlende oder unverständliche Informationsmaterialien / -medien (z. B. Flyer, Erklärvideos) zu den Möglichkeiten einer ganzheitlichen Therapie in multiprofessionellen Teams mögen dieses Phänomen noch verstärken (Herschbach 2019; Lehmann-Laue 2019). Zeissig et al. (Zeissig et al. 2015) konnten zeigen, dass insbesondere bei Krebsberatungsstellen die Inanspruchnahme – im Unterschied zu Konsildiensten – noch stärker mit Kontext- und Personenfaktoren einhergeht. Die Autor:innen votieren deshalb für eine aufsuchende psychoonkologische Versorgung. Diese ist besser dazu geeignet, alle Personengruppen zu erreichen als Versorgungsmodelle, bei denen die Betroffenen selbst aktiv auf die Versorgenden zugehen müssen. Die Nicht-Inanspruchnahme z. B. von ambulanter Versorgung bedeutet gleichfalls nicht, dass die Betroffenen diese Hilfe nicht wünschen oder ihrer nicht bedürfen, sondern dass es hier Zugangsbarrieren gibt, die bei aufsuchender Versorgung nicht bestehen.

Auch für die POV-Dokumentation stellen sich bisweilen Herausforderungen (Herschbach 2019). So wurde etwa im März 2008 ein einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) verabschiedet und im Februar 2014 aktualisiert. Der Datensatz gilt für alle Krebsarten und wird fortlaufend um tumorspezifische Module ergänzt. Laut ADT, GEKID und Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist mit dem einheitlichen onkologischen Basisdatensatz ein Instrument geschaffen worden, das einen Standard vorgibt, Mehrfachdokumentationen verhindert und in allen Bundesländern und klinischen Strukturen eine vergleichbare Erfassung und Auswertung von Krebsbehandlungen ermöglicht (Bundesministerium für Gesundheit 2021). PO-Kernvariablen wurden (bislang) noch nicht integriert. Dabei wird dies zur umfänglichen Umsetzung des übergeordneten Ziels 9 des NKP (Bundesministerium für Gesundheit 2020) und konkret des Leitlinienprogramms Onkologie (Leitlinienprogramm Onkologie 2014) mit Blick etwa auf die Aussagen zum PO-Screening, zu Unterstützungswünschen der Patient:innen und der Dokumentation des Kontakts zu einem:r Psycholog:in diskutiert.

Resümierend betrachtet ist die PO also Teil des (versorgungs-) onkologischen Kontextes, indem sie sich mit dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatient:innen im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen befasst (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). Dazu ist die POV – gemessen an den Zielen des NKP (Bundesministerium für Gesundheit 2020) und am Leitlinienprogramm Onkologie / S3-Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie 2014) – bislang nicht konsequent integrativ, bedarfsorientiert und sektorenübergreifend in den onkologischen Versorgungsstrukturen verankert. Vereinzelt zeigen Studien, dass die POV das Befinden der Patient:innen deutlich verbessern kann (Institute of Medicine 2008; Weis and Brähler 2013; Kusch et al. 2014; Faller et al. 2013; Greer et al. 2012). Vor allem Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation und Entspannungsverfahren können einen positiven Einfluss auf emotionale Belastungen wie Ängste und Depressivität mit sich bringen und die Lebensqualität der Patient:innen nachhaltig verbessern (Faller et al. 2013; Mehnert and Schulz-Kindermann 2016). Diese Erkenntnisse geben bisweilen allerdings nur Hinweise auf die Tragweite und Effektivität der PO, denn die dazugehörigen Studiendaten wurden meist in kontrollierten Settings, also etwa mit festen Einschlusskriterien und Therapieeinheiten gewonnen. Die evidenzbasierte Prüfung der Wirksamkeit der POV unter versorgungsrealistischen Praxisbedingungen steht also hiermit noch aus.

1.1.2 Projektziele in isPO

Das Projekt „isPO – Integrierte sektorenübergreifende Psychoonkologie“ knüpft an die aktuelle psychoonkologische Versorgungssituation in Deutschland an (Ist-Zustand). Es verfolgt

zudem die Ziele des NKP (Bundesministerium für Gesundheit 2020) bzw. des Leitlinienprogramms Onkologie (Leitlinienprogramm Onkologie 2014) der integrierten, sektorenübergreifenden und bedarfsorientierten Verankerung der PO in der onkologischen Versorgung (Soll-Zustand).

Dabei ist isPO als psychoonkologisches Versorgungsprogramm im Kern darauf ausgerichtet, Ängste und Depressionen von Patient:innen mit Krebserstdiagnose im stationären und ambulanten Sektor zu verringern, ihre psychosoziale Situation zu verbessern sowie die Selbsthilfe zu fördern. Dafür arbeiten die am Projekt beteiligten Krankenhäuser in den vier Versorgungsnetzwerken (VN) an den Standorten Mönchengladbach, Neuss, Troisdorf und Köln eng mit den niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen in Nordrhein-Westfalen zusammen.

Auf der individuellen Patient:innenebene sollen Beanspruchungsreaktionen wie Ängste und Depressionen innerhalb des ersten Jahres nach Krebserstdiagnose reduziert werden. Dies soll durch koordinierte, individualisierte psychoonkologische und psychosoziale Unterstützung sowie gezielte Patient:inneninformationen geschehen.

Auf gesundheitssystemischer Ebene soll ein qualitativ hochwertiges psychoonkologisches Programm als integrierte, sektorenübergreifende Versorgung von Krebspatient:innen für die mögliche Übernahme in die Regelversorgung zur Verfügung gestellt werden. (Die Kernelemente des Projektes als neue Versorgungsform (nVF) werden gesondert in Kapitel 1.1.3 ausgeführt.)

Im Rahmen des isPO-Projektes wird ein POV entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Ziel der externen Evaluation des Projektes (durch das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft – IMVR) ist die Bereitstellung einer validen Datengrundlage für die Bewertung einer möglichen Übernahme des isPO-Versorgungsprogramms in die Regelversorgung. Summativ werden die Wirksamkeit und Versorgungsqualität der erbrachten Interventionen dezidiert analysiert.

In Bezug auf diese wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gibt es ein primäres und zwei sekundäre Outcomes (siehe vertiefend Kapitel 1.2.2). Das primäre Outcome der Studie wird auf Basis des Regressions-Diskontinuitäts-Designs (RDD) errechnet. Innerhalb dieses Studiendesigns werden eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe durch eine lokale Randomisierung miteinander verglichen. Dies geschieht im Hinblick auf die klinisch signifikante Reduktion von Angst und Depression (gemessen an der Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) nach zwölf Monaten Versorgung. Das sekundäre Outcome 1 umfasst die Bewertung der Versorgungsqualität, die u. a. anhand definierter Qualitätsindikatoren (QI) gemessen wird. Hier fließen Versorgungsprozesse, -strukturen, -ergebnisse sowie dazugehörige Erfahrungen mit ein. Diese Analysen werden gleichfalls vom externen Evaluator getätigt. Das sekundäre Outcome 2 umfasst Aussagen zur Gesundheitsökonomie und wird vom Konsortialpartner Institut für Gesundheitsökonomie & Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln (IGKE) umgesetzt.

1.1.3 Die neue Versorgungsform isPO

Vor dem Hintergrund der dargelegten Projektziele (Kapitel 1.1.2) handelt es sich bei isPO aufgrund seiner integrierten, sektorenübergreifenden und bedarfsorientierten Elemente sowie Komplexität in der Umsetzung um eine neue Versorgungsform (nVF). Diese wurde im Rahmen eines Projektes (54 Monate Laufzeit) entwickelt, implementiert und evaluiert.

Neben der dargelegten zielsetzenden Orientierung am NKP (Bundesministerium für Gesundheit 2020) und am Leitlinienprogramm Onkologie (Leitlinienprogramm Onkologie 2014) steht isPO als nVF auf einer Rechtsgrundlage. Diese setzt einen normativen Rahmen und schafft zugleich Verbindlichkeiten sowie Vertragsgrundlagen. Im Förderzeitraum ist §§ 92a, b

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Sozialgesetzbuch (SGB) V bindend. Rechtliche Grundlage der Umsetzung ist ein Vertrag zur "Besonderen Versorgung" mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nach Landesrecht (§ 140a SGB V für die GKV). Die Überführung in die Regelversorgung ist z. B. unter „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ als „psychoonkologische Versorgung bei onkologischen Erkrankungen“ nach § 116b Abs. 1 Nr. 1a SGB V möglich, ggf. auch als „hochspezialisierte Leistung“ „integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie“ nach § 116b Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

Die nVF isPO besteht im Kern aus einem gestuften, strukturierten psychoonkologischen Versorgungsprogramm, welches an den stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen der Onkologie andockt (sektorenübergreifend). Diese Integration wird durch eine sogenannte vertikale und horizontale IT-gestützte Kooperation gestützt, die Teil der Versorgungssteuerung und des Versorgungsprozesses ist. Zudem wird die organisierte Selbsthilfe konstant in das professionelle Versorgungsteam über das Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V. (HKSH-BV) eingebunden.

Die vertikale und horizontale Kooperation im Versorgungskontext ist vor allem eine Strategie der Vernetzung, um patient:innenorientierte Versorgungsprozesse besser steuern zu können (Büchner et al. 2015; Schlette et al. 2009). Die vertikale Kooperation bei isPO bezieht sich auf die Versorgungsnetzwerke und ihre verschiedenen Ebenen, bestehend aus den Onkologischen Zentren und niedergelassenen Ärzt:innen. Vertikale Kooperation (im isPO-Netzwerkkonzept auch vertikale Koordination genannt) bedeutet, dass die unterschiedlichen Ebenen miteinander für einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang verbunden werden. Dazu gilt es, Konsensprozesse auf den Weg zu bringen und gegebenenfalls auch Konflikte auszutragen (Trojan and Süß 2020).

Innerhalb von isPO besteht zugleich die horizontale Kooperation zwischen verschiedenen Akteur:innen wie Ärzt:innen, Pflegekräfte / Medizinische Fachangestellte, Psychotherapeut:innen, Psychosoziale Fachkräfte und der Selbsthilfe auf der Leistungsebene. Die Umsetzung der neuen Versorgungsform ist auf das universitäre Versorgungsnetzwerk (VN) Köln und drei nicht-universitäre VN in Mönchengladbach, Troisdorf und Neuss ausgelegt. Die beteiligten Personen gilt es, gemeinsam und gleichfalls sektorenübergreifend, für gesundheitsfördernde Aktivitäten bzw. hier eine nVF zu gewinnen. In diesem Sinne sind bei isPO Vermittlung und Vernetzung (Trojan and Süß 2020) essentiell.

Dementsprechend setzt sich isPO zum integrativen und sektorenübergreifenden Ziel, eine neue und nachhaltige nVF zu entwickeln und den Verantwortlichen in der deutschen Gesundheitspolitik eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die zeitnahe Verbreitung psychoonkologischer Angebote im deutschen Gesundheitssystem zu liefern.

1.1.3.1 Wissenschaftliche, methodische und programmatische Besonderheiten

Für die wissenschaftlich-systematische Entwicklung von isPO sind Ansätze aus der translationalen PO (Stefanek 2010; Westfall et al. 2007), der praxisorientierten Versorgungsforschung (Pfaff 2003; Kusch 2009) und der Programmtheorie nach Issel und Wells (Issel and Wells 2017) berücksichtigt worden. Zusammengefasst geht es dabei in translationaler Hinsicht um anwendungsorientierte Krebsforschung, in der Erkenntnisse der Grundlagenwissenschaft und klinischer Studien in die Forschung am Menschen bzw. in die Praxis übertragen werden. Dementsprechend ist die dazugehörige Versorgungs- und Implementierungsforschung darauf ausgerichtet, sich mit der Wissensübertragung von Forschungsergebnissen in die Praxis und für die gesamte Bevölkerung innerhalb eines nationalen Gesundheitssektors zu beschäftigen. Für isPO heißt dies also, dass es weniger um die Gewinnung neuer Erkenntnisse als vielmehr um die Umsetzung wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse in die klinische Praxis geht. Dabei steht die Qualität und Sicherheit der Patient:innenversorgung im Zentrum des Interesses. Leitend ist, dem:der „richtige:n Patient:in“ zur „richtigen Zeit“ am „richtigen Ort“ die „richtige Versorgung“ bieten zu können

(Brall and Schröder-Bäck 2016). Die praxisorientierte Versorgungsforschung nimmt dabei jene Versorgungspraxis in den Blick, in der die meisten Patient:innen die meiste Zeit betreut werden. Dies kann Möglichkeiten der Identifizierung von Problemen, Fragen zur Wirksamkeit und zu möglichen Systemverbesserungen mit sich bringen. Issels und Wells Programmtheorie ist sodann die wesentliche Grundlage, nach der sich die isPO-Versorgungskomponenten zusammensetzen. Sie wurde in Teilen an die Anforderungen des isPO-Projekts im deutschen Versorgungskontext angepasst.

Mit dem Ordnungsrahmen von Issel und Wells (Issel and Wells 2017) sind bei isPO externe Anforderungen der Versorgungsforschung und des Versorgungsrechts sowie interne organisatorische, technische oder praktische Notwendigkeiten einer Versorgungsorganisation in eine kohärente Versorgungsform überführt worden. Die externen Anforderungen ergeben sich aus dem Innovationsfond (IF), dem NKP, dem Leitlinienprogramm Psychoonkologie, dem Wissensstand in der Psychoonkologie und dem gesetzlichen Rahmen des SGB V, auf dem der Vertrag zur "Besonderen Versorgung" nach § 140a SGB V basiert. Die einrichtungsinternen, formal-administrativen Notwendigkeiten leiten sich aus der Organisationsstruktur des jeweiligen beteiligten Krankenhauses, den technischen und praktischen Abläufen der stationären und ambulanten Krebsversorgung sowie allgemeinen Aspekten ab, wie Dokumentationspflichten, Datenschutz, Qualitätssicherung oder Arbeitszeitregelungen und Abrechnung. All diese externen und internen Aspekte wurden bei der Entwicklung der nVF isPO berücksichtigt (Kusch et al. 2022).

Vor diesem Hintergrund besteht die nVF isPO aus sechs Versorgungskomponenten (VK), anhand derer die Inhalte des Versorgungsvertrags operationalisiert, d. h. für die klinische Praxis nutzbar gemacht worden sind (Abbildung 1):

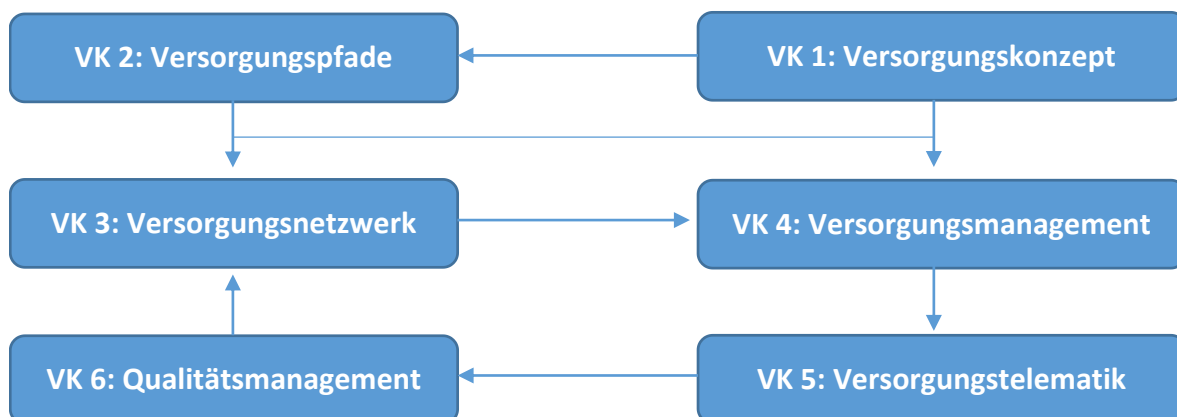


Abbildung 1: Zusammenschau der sechs isPO-Versorgungskomponenten (VK)

Die nVF isPO beinhaltet demnach ein Versorgungskonzept (VK 1), Versorgungspfade (VK 2), ein psychoonkologisches Versorgungsnetzwerk (VK 3), ein Versorgungsmanagement (VK 4), ein IT-gestütztes Dokumentations- und Assistenzsystem als Versorgungstelematik (VK 5) sowie ein Qualitätsmanagement (VK 6).

Das Versorgungskonzept (VK 1) und die Versorgungspfade (VK 2) stellen das klinische Versorgungsprogramm isPO dar, nach dem den einzelnen Krebspatient:innen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten nach der Krebsdiagnose und Programmeinschreibung psychoonkologische Leistungen angeboten werden. Diese beiden Komponenten (VK 1 und VK 2) liefern so die Evidenzbasis der nVF für „*doing the right thing*“ und die Umsetzungsbasis „*doing the right thing right*“ (Kusch et al. 2022).

Die übrigen vier Komponenten (VK 3-6) bilden die formal-administrativen Aspekte von isPO ab, die auf die rechtlich verbindlichen Anforderungen an die Patient:innenversorgung im

deutschen Gesundheitssystem ausgerichtet sind. VK 3 und VK 4 sind dabei den organisatorischen Strukturen des psychoonkologischen Versorgungsnetzwerks sowie den Steuerungsinstrumenten zum Management der Versorgung zuzuordnen. VK 5 ist das „in isPO entwickelte IT-gestützte Dokumentations- und Assistenzsystem Psychoonkologie“ (CAPSYS²⁰²⁰) als versorgungstelematische Basis. Dabei liegt isPO in VK 5 vollständig in digitaler Form vor. VK 6 ist schließlich das Qualitätsmanagement, das gleichfalls intern evaluativ ausgerichtet ist (Kusch et al. 2022) und somit kontinuierliche Optimierungen forciert. Neben der begleitenden externen Evaluation durch das IMVR wurde isPO vierteljährlich internen und netzwerkübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Verbesserung unterzogen. Diese Qualitätsmanagementmaßnahmen wurden im isPO-Projekt gleichfalls entwickelt und erprobt. Sie sollen beibehalten werden, um die Nachhaltigkeit der Qualität der nVF für eine spätere Verbreitung im deutschen Gesundheitssystem zu sichern.

1.1.3.2 isPO als gestuftes Versorgungsmodell

Das strukturierte isPO-Versorgungsprogramm basiert auf einem gestuften Ansatz („stepped-care“) und evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen. Es integriert so Erkenntnisse der klinischen PO (Kusch et al. 2013) und klinische Pfade, die bedarfsorientiert am Centrum für Integrierte Onkologie Köln-Bonn (CIO) implementiert worden sind (Kusch et al. 2014).

In dieser neuen psychoonkologischen Versorgungsform sollen (mit dem vom Förderer befürworteten Verlängerungsantrag) bis zu N = 1825 Studienteilnehmer:innen (mindestens N = 1610) mit Krebs-Erstdiagnose über einen Zeitraum von zwölf Monaten psychoonkologisch versorgt werden. Den Impuls, Patient:innen in isPO einzuschreiben, geben die jeweils behandelnden Onkolog:innen, die einen Empfehlungsschein ausstellen. Alle neu diagnostizierten Patient:innen sollen dafür unmittelbar nach Diagnosestellung gescreent und mit dem Resultat zu ihrer Belastung einer der vier Versorgungsstufen zugeteilt werden. Hierfür werden *drei Fragebögen* (Screening-Instrumente) genutzt. Primär geschieht die Zuteilung über den *Hauptfragebogen HADS* (Hospital Anxiety and Depression Scale), der Depression und Angst erfasst, die durch die Krebserkrankung bedingt sein können. In isPO entscheidet dieser HADS-Wert grundsätzlich über die Einteilung in die isPO-Versorgungsstufen (Stufe 1, Stufe 2 oder Stufe 3). Weiterhin kommt ein Instrument namens *Psychosoziale Risiken (PSR)* zum Einsatz. Es gibt Aufschluss über persönliche psychosoziale Schwierigkeiten und dient der weiteren Differenzierung innerhalb der Stufen. So kann etwa auf Versorgungsstufe 3 bei vergleichbaren HADS-Werten nochmals zwischen psychosozial weniger (Stufe 3a) und höher belasteten Patient:innen (Stufe 3b) unterschieden werden. Patient:innen unterhalb des Schwellenwertes von 15 (HADS), die jedoch psychosoziale Unterstützung benötigen, werden Stufe 2 zugeteilt. Ein drittes Instrument liefert Informationen über die *kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit Krebs (KEA-K)*. Der KEA-K wird lediglich unterstützend im Behandlungsprozess der Stufen 3a und 3b und nicht für die Einteilung der Versorgungsstufen eingesetzt.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass auf der ersten Bedarfsstufe die Krebspatient:innen zunächst ein Gespräch mit einem Selbstbetroffenen (isPO-Onkolots:in; Stufe 1) erhalten können (alternativ mit dem isPO-Case Management). Bei einem höheren Bedarf erhalten die Patient:innen zusätzlich eine psychosoziale (Stufe 2), psychotherapeutische (Stufe 3a) bzw. eine komplexe psychoonkologische Versorgung (Stufe 3b; psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung) (Abbildung 2).

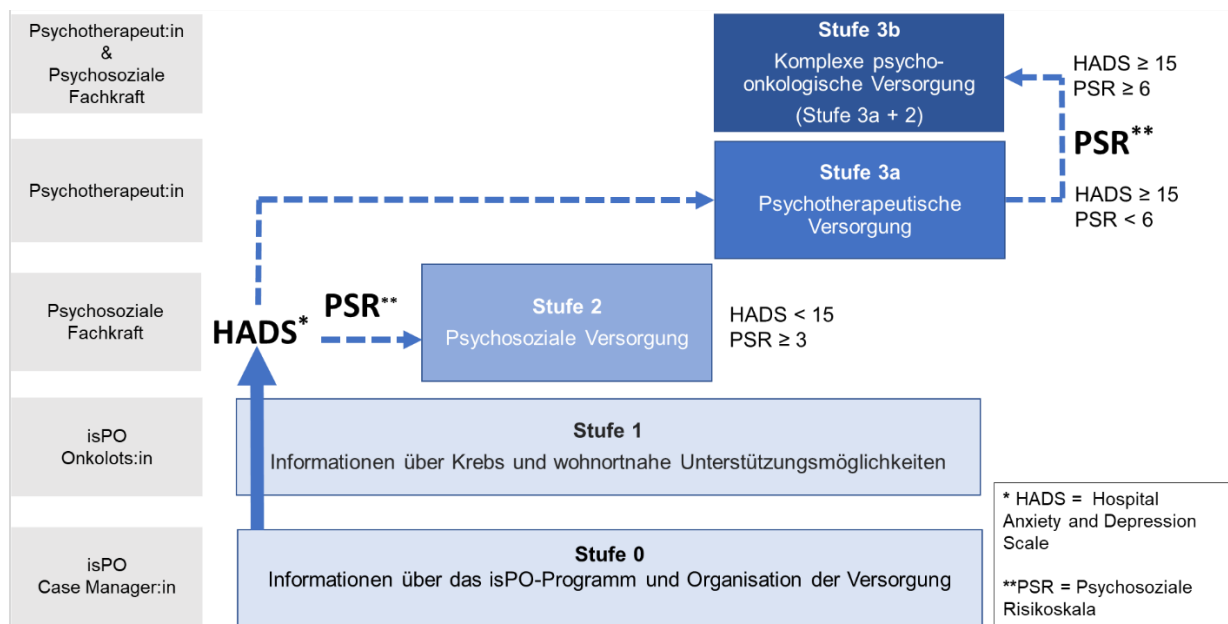


Abbildung 2: Das gestufte Versorgungsprogramm isPO mit multidisziplinärem Versorgungsteam

Je nachdem, wie stark ein:e Patient:in also belastet ist (Resultat nach Screening), steht ihr:ihm ein psychoonkologisches Team aus verschiedenen Professionen zur Verfügung.

Das Case Management auf Stufe 0 informiert und klärt die Patient:innen zu Beginn über das Programm und dessen Versorgungsorganisation auf.

Auf Stufe 1, die gleichfalls allen Patient:innen angeboten wird, kann der:die Patient:in die Unterstützung einer:s sogenannten isPO-Onkolots:in in Anspruch nehmen. Ein:e isPO-Onkolots:in ist eine Person, die selbst Erfahrungen mit einer eigenen Krebserkrankung hat. Sie wurde hierfür speziell (etwa von der Krebsgesellschaft NRW) geschult und arbeitet ehrenamtlich. In einem Gespräch mit einer:m isPO-Onkolots:in erhalten Patient:innen Informationen zu Fragen "Rund um Krebs", insbesondere zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten in der Nähe ihres Wohnortes.

Auf Stufe 2 werden Patient:innen mit einem HADS-Gesamtwert < 15 und PSR ≥ 3 psychosozial versorgt. Hier unterstützt also eine Psychosoziale Fachkraft. Diese begleitet Patient:innen bei lebenspraktischen Fragestellungen wie zur Familiensituation oder in Gesprächen mit dem Arbeitgeber.

Auf Stufe 3 erhalten Patient:innen mit einem HADS Wert ≥ 15 eine psychotherapeutische Betreuung. Hier agieren die Psychotherapeut:innen auf Stufe 3 a) und Stufe 3 b). Auf Stufe 3 b) kommt psychosoziale Unterstützung, sofern notwendig (PSR ≥ 6), hinzu. Die Psychotherapeut:innen bieten eine zeitnahe und kontinuierliche psychoonkologische Begleitung an, denn Reaktionen wie Angst oder / und starke Niedergeschlagenheit können während des gesamten onkologischen Therapieverlaufs auftreten. Auf diese Weise werden alle Patient:innen engmaschig und bedarfsgerecht über einen Zeitraum von zwölf Monaten versorgt. Die Versorgung endet in isPO mit einem Abschlussgespräch.

1.1.4 Interne und externe Evaluation

Das Projekt isPO wird auf der Basis eines komplexen Evaluationskonzeptes sowohl intern als auch extern bewertet. Grundlage hierzu bildet die Verfahrensordnung des Innovationsausschusses nach § 92b SGB V, Verfo IA). Zu den darin enthaltenden Förderkriterien gehört u. a. die Evaluierbarkeit der neuen Versorgungsform (nVF). Daran ist die methodische und wissenschaftliche Qualität des Evaluationskonzeptes gebunden (§ 3). Die Förderung von Vorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung setzt somit voraus, dass eine

wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) erfolgt. Der Antrag muss deshalb ein tragfähiges und ergebnisorientiertes Evaluationskonzept enthalten. Die Ergebnisse des Vorhabens und dessen Effekte für die Versorgung der Patient:innen müssen schließlich im Hinblick auf eine Prüfung der dauerhaften Übernahme in die Versorgung auf valider und gesicherter Datengrundlage beurteilt werden können (§ 5).

Dem isPO-Versorgungsprogramm ist somit eine Evaluationsstudie angeschlossen, was eine interne und externe Bewertung inkludiert sowie sich über den gesamten Projektförderzeitraum erstreckt.

1.1.4.1 Interne Evaluation

Das interne Evaluationskonzept basiert auf der Programmtheorie nach Issel und Wells (Issel and Wells 2017), welche die Rahmung zum Implementierungsablauf und zur internen Evaluation vorgibt. Ziel der internen Evaluation ist es, die Versorgungsstruktur, den -prozess sowie die -ergebnisse anhand von Qualitätsindikatoren zum einen messbar zu machen und zum anderen projektbegleitend zu bewerten. Dadurch gilt es, die Versorgungsqualität zu verbessern. Diese interne Evaluation wird von den Konsortialpartnern Institut für Gesundheitsökonomie & Klinische Epidemiologie (IGKE), Klinische Psychologie und Psychotherapie (KPP) und Institut für Medizinische Statistik & Bioinformatik (IMSB) durchgeführt. Diese bewerten das Versorgungsprogramm und -konzept anhand von Daten aus der realen Versorgungspraxis und optimieren Programm sowie Konzept gemeinsam mit den vier Netzwerken und den anderen Konsortialpartnern im iterativen Prozess. Zudem evaluiert und optimiert der Konsortialpartner Medizinische Informatik, Fachhochschule Dortmund (MIFH) das Dokumentations- und Assistenzsystem (CAPSYS²⁰²⁰) prozessbegleitend.

Vor diesem Hintergrund haben sich aufgrund der Arbeitsflüsse im Projektverlauf Veränderungen in den Arbeitspaketen und Zuständigkeiten ergeben. So wurden Analysen und Bewertungen zum Versorgungsprozess und den -ergebnissen zusammengefasst, da sie miteinander verbunden sind. Darin enthalten sind etwa Aussagen zur Integrität, Adhärenz, Zugänglichkeit, Rechtzeitigkeit, Koordination und zum Umfang, die vom IGKE, KPP und IMSB getätigt wurden. Diese analysierten und bewerteten Komponenten der internen Evaluation fließen schließlich planmäßig und kondensiert zur Gesamtbeurteilung des sekundären Outcomes 1 in diese summative Evaluation (SE) ein (siehe auch Abbildung 7 in Kapitel 1.2.2.3). Aussagen bezüglich der Versorgungsstruktur und patient:innenorientierten Outcomes sind hingegen aus der internen Evaluation extrahiert und zur Analyse sowie Bewertung des sekundären Outcomes 1 in die externe Evaluation transferiert worden.

1.1.4.2 Externe Evaluation

Das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) kommt seit Förderbeginn (10/2017) beständig und prozessorientiert der Rolle des externen Evaluators nach (Jenniches et al. 2019; Krieger et al. 2020; Krieger et al. 2021). Dazu wurde im ersten Projektjahr von den gesetzlichen Krankenkassen als Konsortialpartner eine gesundheitsökonomische Evaluation (GÖE) gefordert, welche der Konsortialpartner IGKE in Gänze übernimmt (siehe Abbildung 5 in Kapitel 1.2.2).

Aus einer analytischen Distanz zum Projekt fällt dem IMVR innerhalb seiner externen Evaluation eine Beobachterperspektive zweiter Ordnung zu. Die dazugehörigen Analyseperspektiven sind sowohl im Sinne von „ex-ante“ und „on-going“ als auch von „ex-post“ zu verstehen. Erstere beziehen sich auf Evaluationen, die aktiv-gestaltend, prozessorientiert, konstruktiv sowie kommunikationsfördernd angelegt sind und so als formativ bezeichnet werden. Die Ex-post-Perspektive geht mit zusammenfassenden, bilanzierenden und ergebnisorientierten Evaluationen einher, die schließlich als summativ verortet werden (Stockmann 2004, 2007).

Somit kann bei der externen Evaluation von isPO auch von einer Prozessevaluation gesprochen werden, die entsprechend prospektiv, formativ und summativ orientiert ist. Gegenstände der Betrachtung waren zunächst die Programmentwicklung und die Facetten des Studiendesigns (prospektiv). Anschließend wurde der Implementierungsprozess begleitet und Optimierungsbedarfe wurden gespiegelt (formativ).

Mit diesem vorliegenden bilanzierenden Evaluationsbericht ist zielgerichtet eine differenzierte und abschließende Stellungnahme zur Wirksamkeit und Versorgungsqualität des isPO-Programms erstellt worden, um letztlich eine mögliche Übernahme des isPO-Versorgungsprogramms in die Regelversorgung bewerten zu können.

Die externe Evaluation in isPO ist konstant durch ein multidisziplinäres Team durchgeführt worden. Die Wissenschaftler:innen aus den Disziplinen der Versorgungswissenschaft, der Medizinsoziologie, der Psychologie und Public Health verfügen sowohl über fachliche als auch über praktische gesundheitssystemische Expertise. In medizinstatistischer Hinsicht wird das IMVR durch das Institut für Medizinische Statistik & Bioinformatik (IMSB) unterstützt.

1.2 Darstellung des Evaluationsdesigns

1.2.1 Übergreifendes externes Evaluationsdesign

Für die summativen Bewertungen hat die externe Evaluation strukturiert und theoriegeleitet valide Daten erhoben. Das *Medical Research Council (MRC)-Framework* zur Analyse und Bewertung komplexer Interventionen wurde diesem vierjährigen Evaluationsprozess zugrunde gelegt (Moore et al. 2015). Auf dieser Basis sind die spezifischen Kontexte, Projektkomponenten und -zusammenhänge, Interaktionen sowie intendierten und nicht-intendierten Effekte von isPO projektbegleitend untersucht worden (Abbildung 3).

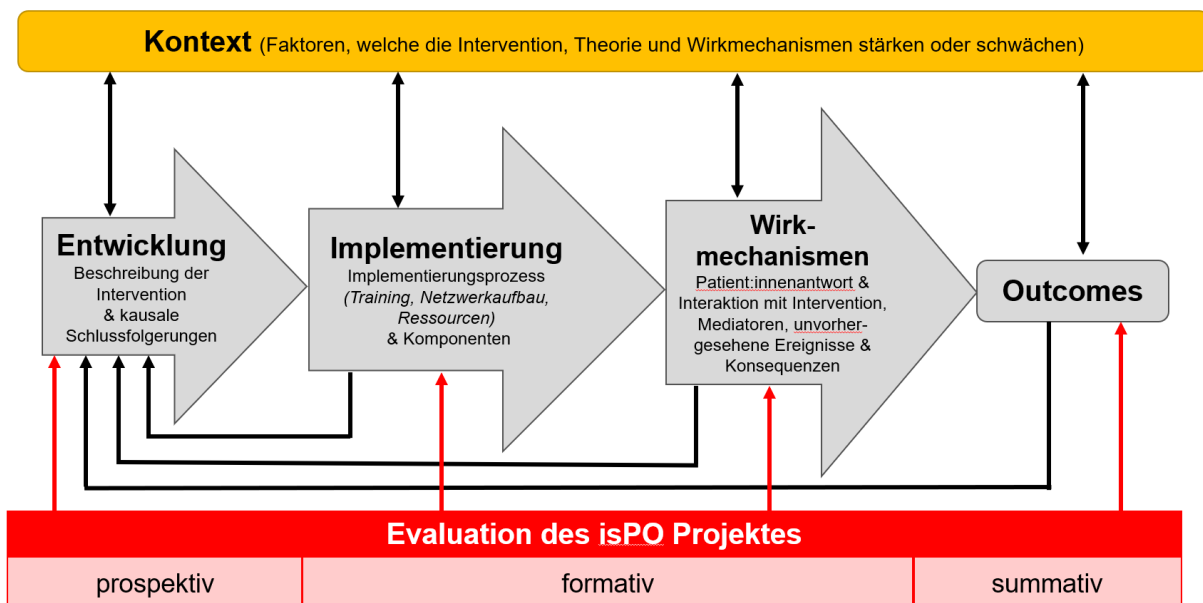


Abbildung 3: MRC-Framework als theoriegeleiteter Rahmen zur Evaluation komplexer Interventionen mit vier isPO-Evaluationsphasen (adaptiert nach Moore et al., 2015)

Dabei bringt dieses Modell Flexibilität und die Orientierung an neuralgischen Punkten mit sich, sodass die im Projektverlauf notwendigen Anpassungen an die Versorgungsbedingungen, wie z. B. Schärfung der Einschlusskriterien und Fallzahlreduktionen, auch methodologisch immer passfähig gerahmt waren.

Die Evaluation geschah phasenspezifisch in prospektiver, formativer und summativer Hinsicht. Das dazugehörige Study-Protocol wurde publiziert (Jenniches et al. 2020).

1.2.1.1 Prospektive Evaluation

Die prospektive Evaluation diente der Bewertung der Relevanz und Übertragbarkeit des isPO-Programms vor dessen Implementierung. Sie wurde am Ende des ersten Projektjahres (Januar 2019) abgeschlossen. Ein prospektiver Evaluationsbericht wurde angefertigt und anschließend der Konsortialführung sowie allen anderen Konsortialpartnern zur Verfügung gestellt (Jenniches et al. 2019). Darin werden alle entwickelten Komponenten des Prototyps der nVF isPO in den Blick genommen. Erkenntnisse sind aus Dokumentenanalysen, u. a. der Quartalsberichte der Konsortialpartner sowie aus einer Fokusgruppe mit den Entwickler:innen des isPO-Versorgungsprogramms, generiert worden. Ein externer Abgleich des Versorgungsprogramms und des Versorgungskonzeptes mit den festgelegten Kernleistungen, -prozessen und -zielen (Übereinstimmung mit Projektantrag, Leitlinien, etc.) sowie eine Überprüfung der Konsistenz und Nutzbarkeit wurden vorgenommen und publiziert (Salm et al. 2022).

1.2.1.2 Formative Evaluation

Die formative Evaluation (FE) war neben der Gewinnung weiterer essentieller Erkenntnisse für die Bewertung von isPO darauf ausgerichtet, die Ablaufprozesse effektiver zu gestalten und so den Wirkungsgrad zu erhöhen. Dafür war das Team der externen Evaluation mit allen Projektpartner:innen praxisorientiert im Austausch. Die FE wurde prozessbegleitend zur isPO-Implementierungsphase (Projektjahr 2-3) durchgeführt. In den zwei FE-Projektjahren wurden die Qualität der programmgesteuerten Patient:innenversorgung während der Implementierung sowie der Implementierungsprozess selbst untersucht. Die FE setzte dafür am Strukturaufbau sowie an den Prozessen der Implementierung der nVF und der Durchführung der Intervention an. Erkenntnisse, welche Steuerungsentscheidungen erlauben und die Chance für Transparenz, Dialog und programminternes Lernen ermöglichten (interne und externe Förderfaktoren), wurden generiert. Zudem wurden Informationen gesammelt, die als Entscheidungsgrundlage zur Optimierung von isPO auf individueller (Intervention) und systemischer Ebene (Programm) genutzt werden konnten. Die Ergebnisberichte FE 1.0 und FE 2.0 wurden der isPO-Projektleitung bzw. den Konsortialpartnern auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Im Laufe des dritten Projektjahres (2020) hat das externe Evaluationsteam verstärkt daran gearbeitet, partizipative Elemente im isPO-Projekt zu platzieren. Klassische Prozessevaluierungen untersuchen den Prozess der Entwicklung und Implementierung, indem in qualitativer und quantitativer Form Erfahrungen darüber gesammelt werden, z. B. im Hinblick auf Förder- und Hemmfaktoren für die Programmimplementierung. In Ergänzung dazu geht die partizipative Prozessevaluierung (PPE) noch einen Schritt weiter. Anhand der vier W-Fragen „Wie, warum, wann und wo“ involviert sie zwecks deren Beantwortung bewusst die sich im Prozess befindlichen Akteur:innen (z. B. bei der Optimierung der Patient:inneninformationsmaterialien). So konnten die „Wirkungsverläufe“ in Bezug auf die aufeinander aufbauenden Projektphasen tiefschärfer nachgezeichnet werden (Cornwall and Aghajanian 2017). Die PPE war auch hilfreich, um die Reichweiten und Grenzen von Interaktionen und Kommunikationsformaten im Projekt besser zu verstehen (Bhola 2000). So wurden etwa die Patient:inneninformationsmaterialien in Zusammenarbeit mit dem Haus der Krebs-Selbsthilfe (HKSH-BV) und der Krebsgesellschaft NRW (KGNRW) einer partizipativen Bewertung unterzogen und ein universeller Patient:inneninformationsmaterialien-Check (UPIM-Check) wurde entwickelt sowie validiert (Krieger et al. 2021; Salm et al. 2021).

Zudem wird die PPE als zielführend beschrieben, um kritische Momente während der Implementierung erkunden zu können (Jones et al. 2009). In Krisen, wie jener der COVID-19-Pandemie, war die PPE hilfreich, um die plötzlich auftretenden Veränderungen detailgenau zu erfassen und umsetzbare Impulse für die nötigen Veränderungen auf „Augenhöhe“ zu vermitteln (Cornwall and Aghajanian 2017). Während der PPE arbeitete das Evaluationsteam

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

mit unterschiedlichen Partizipationspraktiken und Instrumenten, wobei es die Grade der Partizipation im Evaluationsprozess kritisch reflektierte (Cornwall 2008).

1.2.1.3 Summative Evaluation

Im Fokus dieses Berichts steht die summative Evaluation (SE) von isPO. Bilanzierend wird darin zum einen der Frage nachgegangen, wie sich die Wirksamkeit des isPO-Programms darstellt. Zum anderen wird resümiert, ob die Strukturen und Inhalte des Versorgungsprogramms eine geeignete Grundlage und Qualität für die Übernahme in die Regelversorgung bieten. Details über das spezifische Design, den Ablauf und die Outcomes dieser SE werden in Kapitel 1.2.2 erörtert.

1.2.1.4 Evaluationsmethoden

Angesichts der Zielsetzungen der externen isPO-Evaluation sowie der analytischen Orientierung am MRC-Framework (Moore et al. 2015) wurde ein Mixed-Methods-Design gewählt (Curry and Nunez-Smith 2015). Zur Analyse und Bewertung der komplexen nVF isPO kamen so verschiedene Methoden der quantitativen und qualitativen Sozialforschung zur Anwendung (Abbildung 4). Sie wurden schließlich als Ergebnis-Synthese miteinander verknüpft (Greene et al. 1989).



Abkürzungen: CAPSYS = Assistenz- und Dokumentationssystem in isPO, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

Abbildung 4: Qualitative und quantitative Methoden der externen Evaluation von isPO

Im gesamten Evaluationsprozess und je nach Anforderungen in der jeweiligen Evaluationsphase wurden Dokumentenanalysen sowie schriftliche und mündliche Befragungen mit Patient:innen, Leistungserbringer:innen und sonstigen potentiellen Nutzer:innen des isPO-Programms durchgeführt. Spezifische Produkte wurden szenariengeleitet evaluiert. Des Weiteren sind Methoden der teilnehmenden Beobachtung und der partizipativen Aktionsforschung (hier im Kontext der Versorgung) eingesetzt worden. Zudem wurden Sekundärdatenanalysen (inkl. Datenlinkage) von projekteigenen Versorgungsdaten (CAPSYS²⁰²⁰) und von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) vorgenommen.

1.2.2 Summatives Evaluationsdesign

In isPO sollen drei Komponenten summativ bewertet werden: Wirksamkeit (primäres Outcome), Versorgungsqualität (sekundäres Outcome 1) und Wirtschaftlichkeit (sekundäres

Outcome 2). In diesem Bericht tätigt das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) in seiner Rolle als externer Evaluator Aussagen zu den ersten beiden Komponenten. Das sekundäre Outcome 2 wird vom Konsortialpartner Institut für Gesundheitsökonomie & Klinische Epidemiologie (IGKE) bearbeitet. Eine Übersicht zu diesen Komponenten liefert Abbildung 5.



Abbildung 5: Die drei Komponenten der Evaluation von isPO

Wie in den vorangegangenen Evaluationsphasen wird in der SE ein Mixed-Methods-Design (MMD) verwendet (Kapitel 1.2.1).

Die jeweiligen Analysen und Bewertungen des primären Outcomes und des sekundären Outcomes 1 werden in den folgenden Unterkapiteln detailliert beschrieben.

1.2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Das isPO-Programm kann von volljährigen und gesetzlich versicherten Personen mit erstmals aufgetretener und diagnostizierter Krebserkrankung in Anspruch genommen werden. In Tabelle 1 sind die Ein- und Ausschlusskriterien im Detail angeführt.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Einschreibung in das isPO-Programm

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<p>Patient:in mit Krebs-Erstdiagnose (ICD-10-GM C00-C97), der:die aktuell in einem isPO-Netzwerk vorstellig wird</p> <p>a) möglichst nahe am Zeitpunkt der Diagnosestellung ohne Therapie (maximal ein Jahr nach Diagnose)</p> <p>b) möglichst nahe am Zeitpunkt der Diagnosestellung in der initialen Phase der Therapie (Präferenz innerhalb der ersten drei Wochen, spätestens ≤ 16 Wochen)</p>	<p>Patient:in mit Krebs-Erstdiagnose (ICD-10-GM C00-C97)</p> <p>a) bei Rezidiv oder Metastasenbildung zu einem frühen Zeitpunkt (< 13 Monate) nach Abschluss der Erstbehandlung</p> <p>b) in späteren Phasen seiner:ihrer Krebserstbehandlung (> 16 Wochen)</p>

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
c) mit Zweiterkrankung, bei der eine ICD-10-Diagnose erstmals gestellt wird d) mit Spätrezidiv, bei dem eine ICD-10-Diagnose erstmals gestellt wird (frühestens > 12 Monate nach Abschluss der Erstbehandlung)	
GKV-Versicherte	Privatversicherte, Selbstzahler:innen
Patient:in ist mindestens 18 Jahre alt	Patient:in ist jünger als 18 Jahre
ausreichende deutsche Sprachkenntnisse	unzureichende deutsche Sprachkenntnisse
eine klinische Situation, die eine Versorgung in isPO möglich macht	eine klinische Situation, die keine Versorgung in isPO möglich macht

1.2.2.2 Primäres Outcome: Wirksamkeit unter Anwendung des RDD

Die Wirksamkeitsanalyse (primäres Outcome) der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgung in isPO bezieht sich auf die klinisch signifikante Reduktion von Ängsten und Depressionen. Diese wird nach isPO-Versorgungsabschluss (nach zwölf Monaten) mittels des Instrumentes „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) bei Patient:innen mit Krebs-Erstdiagnose gemessen. Für diese Analyse der Wirksamkeit werden eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe miteinander verglichen. Patient:innen in der isPO-Interventionsgruppe erhalten Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Patient:innen in der Kontrollgruppe hingegen erhalten diese nicht. Sie werden durch eine Psychosoziale Fachkraft (PSF) versorgt. Im Kontext der gestuften Versorgung erhalten damit beide Gruppen eine gesprächs-basierte Unterstützung, die jedoch durch unterschiedliche Professionen mit verschiedenen Versorgungsaufträgen (psychosozial vs. psychoonkologisch-therapeutisch) umgesetzt wurde.

Dabei wurde aus ethischen Gründen keine klassische Randomisierung zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe vorgenommen, denn patient:innenorientiert sollte allen eine möglichst passfähige, d. h. bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung angeboten werden. Zudem gab es vor Programmbeginn in allen vier isPO-Versorgungsnetzwerken (VN) bereits psychoonkologische Versorgungskomponenten, was für die Bildung einer Null- bzw. Placebogruppe methodische Grenzen nach sich zog.

Um nun die Aussagekraft der Wirksamkeit und mithin die Qualität der Studie zu erhöhen, wurde auf das quasi-experimentelle Regressions-Diskontinuitäts-Design (RDD) mit seiner Besonderheit der lokalen Randomisierung rekurriert. Die Zuordnung zur Interventions- und Kontrollgruppe erfolgt beim RDD anhand eines Cut-Off-Wertes einer kontinuierlichen Variable (Boon et al. 2021; Moscoe et al. 2015). Grundidee des schwellenwertbasierten Zuweisungsverfahrens im Rahmen des RDD ist die Vergleichbarkeit nahe der Schwelle. Insgesamt ist es offensichtlich, dass ein Unterschied zwischen den Teilnehmern oberhalb und unterhalb der Schwelle besteht. In der Nähe der Schwelle ist dieser Unterschied jedoch sehr gering (keine beobachtbaren Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und mithin keine sonstigen Diskontinuitäten), sodass man den kausalen Effekt messen kann, indem man die mittlere Differenz zwischen den Ergebnissen innerhalb der Intervalle links (Kontrolle) und rechts (Intervention) der Schwelle vergleicht. Also ähnlich wie die Randomisierung in einer RCT, aber nur auf einen vordefinierten Bereich (Bandbreite) in der Nähe des Schwellenwerts (Quasi-Randomisierung) (Hagemeier et al. 2022; Kugler et al. 2014). Konkret bzw. vereinfacht, werden in beiden Gruppen (oberhalb und unterhalb der Schwelle, innerhalb der Bandbreite) Regressionsanalysen zwischen der Baselineerhebung (HADS zu T1) und dem Outcome nach 12

Monaten (HADS zu T3) durchgeführt und die Differenz der Geraden (Unterschied an der definierten Schwelle) untersucht. Der Unterschied wird auch als „lokaler mittlerer Behandlungseffekt (LATE)“ bezeichnet. Somit können kausale Effekte einer Intervention auch dann unverzerrt geschätzt werden, wenn eine klassische Randomisierung nicht möglich ist, z. B. wie in isPO aus ethischen und methodischen Gründen. Das RDD ist daher eine probate Alternative, um Interventionen in der Versorgungsrealität erproben und bewerten zu können (Venkataramani et al. 2016).

Im Rahmen von isPO wurde der Ausgangswert/Baseline bzw. als Grundlage zur Zuordnung zur Interventions- und Kontrollgruppe der Wirksamkeitsprüfung der HADS-Punktwert zu T1 (HADS >14) (Zeitpunkt der Einschreibung) herangezogen. Dies bedeutet, dass innerhalb der für die Quasi-Randomisierung festgelegten Bandbreite (in isPO HADS zwischen 13-16) für die RDD-Berechnungen eine Vergleichbarkeit der Gruppen (Personen knapp unterhalb eines Cut-Offs mit Personen knapp oberhalb eines Cut-Offs) angenommen wird, welche sich ansonsten in keinen anderen Aspekten, als in der Form der Intervention, unterscheiden (Moscoe et al. 2015; Hagemeier et al. 2022).

Basierend auf der Annahme, dass das Erreichen eines HADS-Werts ± 2 des Schwellenwerts zufällig ist, werden also nicht alle Fälle im gesamten HADS-Wertebereich (0-42 Punkte) verglichen, sondern nur jene, die mit Einschreibung in das isPO-Programm zum Zeitpunkt T1 in diesem Wertebereich lagen (Jenniches et al. 2019). Personen mit einem HADS-Gesamtwert von 15-16 Punkten werden der Interventionsgruppe (Stufe 3 mit psychoonkologisch-psychotherapeutischer Versorgung), Personen mit einem HADS-Gesamtwert von 13-14 Punkten der Kontrollgruppe (Stufe 2 mit psychosozialer Versorgung) zugeordnet (Walker et al. 2007).

Nun kann es vorkommen, dass Personen gemäß HADS 15-16 eigentlich der Interventionsgruppe zuzuordnen sind, im Fragebogen Psychosoziale Risiken (PSR) jedoch den Schwellenwert von 6 Punkten überschreiten. Diese Patient:innen werden sodann auf Stufe 3b versorgt, d. h. sowohl psychosozial (wie Patient:innen auf Stufe 2) als auch psychoonkologisch-psychotherapeutisch (wie Patient:innen auf Stufe 3a). Diese Patient:innen wurden aufgrund der psychosozialen Zusatzversorgung für die RDD-Analysen aus der Interventionsgruppe ausgeschlossen. Somit sind ausschließlich die Patient:innen der Stufe 2 und 3a miteinander verglichen worden.

Die Patient:innen werden bei Einschreibung in das isPO-Programm nach vier bzw. zwölf Monaten gescreent (insgesamt drei Befragungszeitpunkte: T1, T2 und T3). Die Wirksamkeit dieser neuen Versorgungsform wird schließlich gemessen an der statistisch signifikant nachweisbaren Verringerung von Angst und Depression von T1 zu T2 und T1 zu T3. Für den Wirksamkeitsnachweis (Interventionseffekt) im Sinne des RDD muss die Verringerung der Angst und Depression, gemessen an den HADS-Werten, in der Interventionsgruppe deutlich stärker sein als in der Kontrollgruppe (Imbens and Lemieux 2008; Moss and Yeaton 2006). Im Kontext der in isPO durchgeführten Intervention werden die auf Basis der RDD-Analysen erzeugten Regressionsgleichungen (grafische Darstellung in Form von Regressionsgeraden, Abbildung 6) innerhalb der Bandbreite von 13-16 Punkten des HADS-Wertebereichs (13&14 vs. 15&16) verglichen (Wirksamkeitsanalyse mittels RDD). Die Differenz zwischen den beiden Intercepts der Modellgleichungen an der definierten Schwelle gibt dabei den Behandlungseffekt/LATE (Verbesserung der HADS-Werte nach 12 Monaten) an. Grafisch würde dieser Unterschied als Diskontinuität (Sprung o. Unstetigkeit) an der definierten Schwelle sichtbar. Da im Rahmen von isPO eine Reduktion von Angst und Depression angestrebt wird, sollte der LATE als Verringerung der HADS-Werte (negative Differenz) bzw. innerhalb der grafischen Darstellung als Verschiebung (Diskontinuität) der Regressionsgerade oberhalb der Schwelle (Interventionsgruppe) sichtbar werden (Verschiebung/Sprung nach unten). Ein Unterschied gilt als signifikant, wenn der p-Wert $\leq 0,05$ (Signifikanzniveau) ist. Im Fall von isPO kann also dann von einer Wirksamkeit der psychoonkologisch-therapeutischen

Intervention im Vergleich zur psychosozialen Versorgung gesprochen werden, wenn Angst und Depression in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch nachweisbar geringer ausgeprägt sind

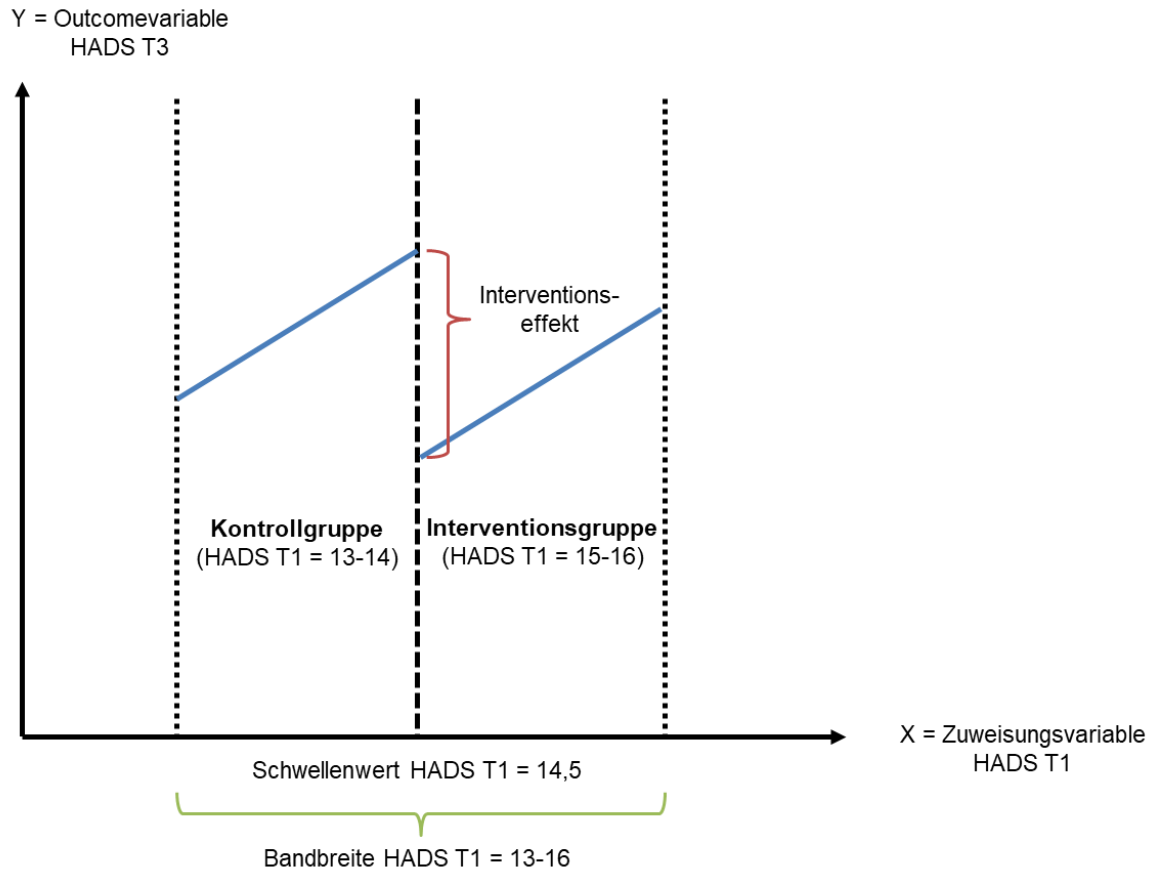


Abbildung 6: Regressions-Diskontinuitäts-Design bei Haupteffekt der Intervention mit HADS T1 als Zuweisungsvariable und HADS T3 als Outcomevariable (eigene Darstellung)

1.2.2.2.1 Weitere Analysen unter Anwendung des RDD

Da bei der Implementierung komplexer Interventionen sowohl der Versorgungskontext als auch patient:innenbezogene Einflüsse auf die Wirksamkeit der Intervention Einfluss nehmen können, werden konsequenterweise weitere differenzierende Analysen bzw. Subgruppenanalysen innerhalb des RDD vorgenommen (s. auch Anhang 24). Neben der primären Fragestellung (FS), ob es bei den Patient:innen zur signifikanten Reduktion des HADS von T1 zu T2 bzw. T1 zu T3 kommt, wurde unter Anwendung des RDD folgenden sekundären FS nachgegangen (Per-Protocol-Analysen):

- Inwieweit verändert sich der HADS zu T2 bzw. T3 unter der Berücksichtigung, dass Patient:innen der Interventionsgruppe mindestens ein Gespräch mit einem:r PT erhalten haben?
- Inwieweit verändern sich die HADS-Subskalenwerte (Angst und Depressions) zu T2 bzw. T3 unter der Berücksichtigung, dass Patient:innen der Interventionsgruppe mindestens ein Gespräch mit einem:r PT erhalten haben?
- Inwieweit verändert sich der HADS zu T2 bzw. T3 je nach Zeitpunkt der Einschreibung unter der Berücksichtigung, dass Patient:innen der Interventionsgruppe mindestens ein Gespräch mit einem:r PT erhalten haben?

1.2.2.2.2 Sekundäre Analysen zum primären Outcome

Zur Einbettung der Wirksamkeitsberechnungen über den HADS-Wertebereich von 13 bis 16 hinaus werden weitere unterstützende Sekundäranalysen in Form von gemischten Modellen und linearen Regressionsanalysen getätigt in die alle isPO-Teilnehmenden eingeschlossen werden, die ihre 12-monatige Versorgung im isPO-Programm abgeschlossen haben (HADS nach 12 Monaten vorhanden). In diese fließen z. B. Kontrollvariablen zur Soziodemografie, Tumorentität, Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen sowie Netzwerkunterschiede ein. Gegenstand sekundärer Fragestellungen sind damit Einflüsse soziodemografischer, krankheits-, versorgungs- und netzwerkbezogener Variablen auf die HADS-Werte im zeitlichen Verlauf. Zusätzliche Datenquellen aus der isPO-Versorgung (IT-System CAPSYS²⁰²⁰), den schriftlichen Patient:innenbefragungen, der externen Evaluation und den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Daten) sollen die Aussagekraft des primären Outcomes (POut) weiter schärfen (siehe auch Variablenliste im Anhang 23).

Im Rahmen der gemischten Modelle ging der HADS als abhängige Variable ein. Für jedes Modell wurden Schätzer für die festen Effekten der einzelnen unabhängigen Variablen berechnet. Ein p-Wert $\leq 0,05$ für den geschätzten Koeffizienten galt dabei als signifikant.

Für kategoriale Variablen wurden außerdem die Marginal Means (geschätzte Randmittel) betrachtet. Bei Marginal Means handelt es sich um den Mittelwert der abhängigen Variable (z.B. des HADS-Werts) für jede Kategorie des interessierenden Faktors (z.B. Geschlecht), adjustiert für die anderen Variablen im Modell.

Weiterhin wurden lineare univariate oder multiple Regressionsanalysen mit dem HADS-Gesamtwert und den beiden Subskalenwerten zu T2 und T3 als abhängige Variablen gerechnet. Den multiplen Regressionsanalysen gingen immer explorative univariate Analysen voraus. Darauf basierend wurden die Variablen blockweise bzw. nacheinander in die Regressionsmodelle aufgenommen. Zur Analyse von Unterschieden hinsichtlich der HADS-T3-Werte wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) gerechnet.

Insgesamt wurde konkret folgenden FS nachgegangen (s. auch Anhang 24):

POut-FS 1 Welchen Einfluss haben *soziodemografische Variablen* (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Erwerbstätigkeit) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 2 Welchen Einfluss haben *Erkrankungen* (Tumorentität, chronische Erkrankungen, Schwerbehinderung) und die aktuelle *Krebstherapieausrichtung* im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 3 Welchen Einfluss hat der *Gesundheitszustand* zur Baseline (T1) und zum Follow-up (T3) (Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 4 Welchen Einfluss hat die *psychische Vorbelastung* (psychische Diagnosen vor isPO, Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen vor isPO, Verschreibung psychiatrischer Arzneimittel vor isPO) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 5 Welchen Einfluss haben *individuelle Risikofaktoren* (Partnerschaft, Haushalt, Anzahl an Personen im Haushalt, alleinerziehend, pflegebedürftige Personen im Haushalt, Sprachprobleme, finanzielle Sicherheit) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 6 Welchen Einfluss haben *organisationsbezogene Faktoren* (Netzwerkzugehörigkeit, zuweisende Organisationsform) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 7 Welchen Einfluss haben der *Unterstützungsbedarf* bzw. *Belastungsgrad* (Versorgungsstufe, klinischer Schweregrad, Grad des psychosozialen Hilfebedarfs, subjektiver psychosozialer Hilfebedarf) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 8 Welchen Einfluss haben die *isPO-Onkolots:innen-Gespräche* (Informationsübergabe, offene Fragen, durchführende Person, Dauer des Gesprächs) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 9 Welchen Einfluss hat die *Evaluation der isPO-Onkolots:innen-Gespräche* (Orientierung, Zuversicht, Umgang mit der Krebserkrankung) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 10 Welchen Einfluss haben die *Gespräche mit der PSF* (Dauer der Gespräche, Anzahl der Gespräche, Anteil der Gesprächsmodi) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 11 Welchen Einfluss haben die *Gespräche mit dem:der PT* (Dauer der Gespräche, Anzahl der Gespräche, Anteil der Gesprächsmodi) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 12 Welchen Einfluss hat die *Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote* (außerhalb von isPO) im zeitlichen Verlauf auf den HADS?

POut-FS 13 Welchen Einfluss hat der *Kontakt zum isPO-Case Management* (verständnisorientierte Gesundheitskommunikation) zu T2 und zu T3 auf den HADS sowie seine Subskalen Angst und Depression?

POut-FS 14 Welchen Einfluss hat der *Kontakt zum:zur isPO-Onkolots:in* (Empathie, Zufriedenheit mit der Informationsübergabe) zu T2 und zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 15 Welchen Einfluss hat der *Kontakt zur PSF* (Zufriedenheit) zu T2 und zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 16 Welchen Einfluss hat die *therapeutische Allianz* zu T2 und zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 17 Welchen Einfluss hat die *Art der medizinischen Krebsbehandlung* zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 18 Welchen Einfluss haben der *subjektive Behandlungserfolg und -fehler* zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 19 Welchen Einfluss hat die *soziale Unterstützung* zu T2 und zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 20 Welchen Einfluss hat der *Kohärenzsinn* zu T2 und zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 21 Inwieweit unterscheiden sich Patient:innen, die in der *Reha psychotherapeutische / psychologische Leistungen* in Anspruch genommen haben zu T3 hinsichtlich des HADS und seiner Subskalen von jenen, die dies nicht getan haben?

POut-FS 22 Inwieweit unterscheiden sich Patient:innen, denen die *Reha (subjektiv) geholfen* hat, zu T3 hinsichtlich des HADS und seiner Subskalen von jenen, die dies nicht so bewerten?

POut-FS 23 Welchen Einfluss hat die *Persönlichkeit* zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 24 Welchen Einfluss hat die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 25 Welchen Einfluss hat die *Bewertung von isPO* (subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit, Zufriedenheit / Bedarfsorientierung, zeitliche Rahmenbedingungen) zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 26 Welchen Einfluss hat der *psychosoziale Informationsbedarf* zu T3 auf den HADS und seine Subskalen?

POut-FS 27 Inwieweit unterscheiden sich Patient:innen, die *weitere (über isPO hinausgehende) Unterstützungsangebote* in Anspruch nehmen, zu T3 hinsichtlich des HADS und seiner Subskalen von denjenigen, die dies nicht tun?

1.2.2.2.3 Fallzahlberechnung

Im Rahmen der Beantragung des isPO-Projekts wurde für die Wirksamkeitsanalyse nach dem RDD folgende Fallzahlplanung vorgenommen:

Die Standard-Auswertung des RDD geschieht über ein Modell linearer Funktionen mit ggf. unterschiedlicher Steigung und einer Sprungstelle. Um robust bzgl. der zugrundeliegenden Annahme (insb. der Linearität) zu planen, wurde die Powerabschätzung auf der Basis eines Zwei-Stichproben-t-Tests durchgeführt, wobei sich die zu vergleichenden Gruppen durch die Sprungstelle (kleiner, größer) ergeben. Die Power beim Testen im oben beschriebenen Standard-Modells ist bei korrekten Annahmen höher. Zur Detektion eines kleinen standardisierten Effektes mittels t-Test von 0,3 bei einer Power von 80 % und einem α -Fehler von 5 % wären vollständige Daten von $2 * 175 = 350$ Patient:innen notwendig (Dupont and Plummer 1990). Auf der Basis publizierter Vorarbeiten mit $n = 859$ Patient:innen im Versorgungsnetzwerk (VN) Köln ist bekannt, dass ungefähr 15 % einen HADS-Gesamtwert von 13 bis 16 haben. Unter den weiteren Vorannahmen, dass zum einen 15 % der angesprochenen Patient:innen nicht teilnehmen und zum anderen bei 33 % der teilnehmenden Patient:innen unvollständige Verläufe vorliegen (Drop-Out-Rate), wurde zunächst davon ausgegangen, dass 4099 Patient:innen angesprochen werden müssten, damit 3484 eingeschlossen werden können und für 2334 letztlich eine vollständige Dokumentation vorliegt (Antragsbewilligung 2017).

Diese Fallzahlplanung wurde aufgrund der isPO-Implementierungserfahrungen in der Versorgungsrealität notwendigerweise angepasst und vom Förderer bewilligt (Änderungsbescheid vom 9. April 2020). Bei den bis dahin beobachteten isPO-Patient:innen weisen ca. 14 % einen HADS-Gesamtwert von 13 bis 16 auf. Die Drop-Out-Rate zeigte sich mit 37 % höher als angenommen. Basierend auf den Einschreibungszahlen in den vier VN und der verlängerten Rekrutierungszeit von sechs Monaten wurde für das RDD in der Bandbreite 13-16 so eine Fallzahl von $2 * 71 = 142$ antizipiert, was bei gleichbleibender Power und gleichbleibendem α -Fehler eine minimale Effektstärke von 0,48 beobachtbar macht. Hierfür müssen 1610 Patient:innen eingeschlossen und 1014 Patient:innen vollständig dokumentiert werden.

1.2.2.2.4 Datengrundlage

Die HADS-Werte zu allen drei Erhebungszeitpunkten (bei Einschreibung – T1, nach vier Monaten – T2, nach zwölf Monaten – T3) werden im isPO-eigenen IT-Dokumentations- und Assistenzsystem CAPSYS²⁰²⁰ von den Versorgenden dokumentiert, nachdem die Patient:innen den HADS-Bogen ausgefüllt haben (Selbstauskunft). Diese und weitere im System hinterlegte Daten zur Soziodemografie, zur psychosozialen Situation und zum Versorgungsverlauf in isPO werden bei erteiltem Einverständnis für die Wirksamkeitsanalyse und zur Erfassung der Versorgungsqualität (sekundärer Outcome; Kapitel 1.2.2.3) genutzt.

Die CAPSYS²⁰²⁰-Daten werden quartalsweise von den Netzwerkkoordinator:innen abgezogen, mittels VeraCrypt verschlüsselt und über die Hochschul-Cloud *sciebo* des Landes NRW an das IMSB als Data Warehouse (DWH) übermittelt. Dort erfolgt die Zusammenführung der

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Datenexporte aus den vier VN sowie eine umfangreiche Aufbereitung der Daten, um diese für die Fragestellungen der Evaluation nutzbar zu machen (Überführung der Datenbank in einen „zweidimensionalen“ Datensatz).

Für die im vorliegenden Bericht dargestellten Wirksamkeitsanalysen (RDD) sowie gemischten Modelle (POut-FS 1-12) wurden CAPSYS²⁰²⁰-Daten herangezogen, die am 31.03.2022 von den VN an das DWH übermittelt wurden. Dies entspricht dem Zeitpunkt „last patient out“ (alle in isPO versorgten Patient:innen haben das 12-monatige Programm durchlaufen), womit der Datensatz die Gesamtstichprobe enthält. Hinsichtlich der sekundären Fragestellungen POut-FS 13-27 wurden die Analysen der vorläufigen summativen Evaluation übernommen, die auf einem CAPSYS²⁰²⁰-Datenabzug vom 01.07.2021 basieren.

Für die Verknüpfung der Primärdaten mit den GKV-Daten lagen für jede:n Patient:in drei Pseudonyme vor. Zuerst ein Data-Warehouse-Pseudonym (*DW-Pseudonym*). Als Data Warehouse fungierte in diesem Fall das Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB). Die Patient:innenliste mit Klarnamen und den DW-Pseudonymen ging von den VN an das Trust Center (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)). Für das wissenschaftliche Team war diese Liste nicht einsehbar. Das Trust Center konnte so Patient:innen für Befragungen kontaktieren und diese durchführen. Für die Befragungen wurde ein eigenes Befragungspseudonym vergeben. Somit lag eine Liste mit dem DW-Pseudonym und dem Befragungspseudonym für die Patient:innen vor. Parallel gingen regelmäßig CAPSYS-Datensätze aus den Versorgungsnetzwerken mit dem DW-Pseudonym an das Data Warehouse (*ohne Klarnamen*). Aufgrund des Datenflusses zwischen Data Warehouse und Trust Center konnten die Datensätze mittels der Pseudonymliste verknüpft werden.

Anschließend kamen die Datenlieferungen der gesetzlichen Krankenkassen hinzu. Hierfür erhielten die Krankenkassen vom Trust Center die Liste mit den Klarnamen und einem generierten Kassen-Pseudonym. Sie haben die Datensätze anschließend pseudonymisiert an das Trust Center geschickt. Somit stand dem Trust Center eine Liste für die Patient:innen mit DW-Pseudonym, Befragungspseudonym und Kassen-Pseudonym zur Verfügung. Mittels dieser Pseudonymliste konnten die verschiedenen Datenquellen mittels einer SPSS-Syntax gelinkt werden.

Die GKV-Daten waren verfügbar für Versicherte der BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, AOK Rheinland / Hamburg und DAK-Gesundheit, die bei isPO teilnahmen und bei der Einschreibung einer Datennutzung zu Evaluationszwecken zugestimmt haben.

Aufgrund der im isPO-Trust Center vorhandenen Pseudonymliste mit den drei verschiedenen Pseudonymen für die CAPSYS²⁰²⁰-, Fragebogen- und GKV-Daten ließ sich eine Verknüpfung dieser Daten herstellen und so ließen sich über die CAPSYS²⁰²⁰-Daten hinaus weitere ausgewählte Kontrollvariablen für die sekundären Analysen nutzen.

Durch das Zusammenführen der Datenquellen sowie die Verknüpfung mit den GKV-Daten kann es je nach Fragestellung zu abweichenden Stichprobengrößen kommen. Dies liegt in der variierenden Vollständigkeit der Datensätze aus den unterschiedlichen Quellen begründet.

1.2.2.2.5 Datenaufbereitung

Neben der oben beschriebenen grundsätzlichen Aufbereitung der CAPSYS²⁰²⁰-Daten wurden für die Wirksamkeitsanalyse aus vorhandenen Variablen Kontrollvariablen erzeugt. So wurde das Alter der Teilnehmenden als Differenz des Einschreibjahres und des Geburtsjahres berechnet und ebenfalls in Altersgruppen (10-Jahres-Schritte) transformiert. Für den Bildungsgrad wurden die Variablen zum Schul- und Ausbildungs- / Berufsabschluss herangezogen und zur Vereinheitlichung in die Stufen der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED) (BMBF) überführt. Weiterhin wurden die

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

ICD-10-Codes zur Krebsdiagnose auf eine Länge von drei Stellen vereinheitlicht und in 14 Tumorgruppen zusammengefasst (Tabelle 2).

Tabelle 2: Einteilung der ICD-10-Codes in Tumorentitätsgruppen

ICD-10-Code	Tumorentität
C00-C14, C30-C32	Kopf-Hals
C15-C16	Speiseröhre / Magen
C18-C21	Darm
C22	Leber
C25	Bauchspeicheldrüse
C33-C34	Lunge
C43-C44	Haut
C50	Brustdrüse
C51-C58	weibliche Genitalorgane
C61	Prostata
C64-C66	Niere / Harnwege
C67	Harnblase
C81-C96	blutbildende und lymphatische Organe
C17, C23-C24, C26, C37-C39, C40-C41, C45-C49, C60, C62-C63, C68, C69-C72, C73-C75, C76-C80, C97	Sonstige

Außerdem wurden Variablen zur Anzahl der Gespräche mit einer PSF und zur Anzahl der Gespräche mit einem:r PT gebildet, indem die ID-Variablen zu den Gesprächen zunächst dummykodiert und dann aufsummiert wurden. Für die Dauer der PT-Gespräche pro teilnehmender Person wurde aus den entsprechenden Variablen je Gespräch ein Mittelwert gebildet. Hinsichtlich des PT-Gesprächsmodus (z. B. angesichtlich, telefonisch) wurde für jede Antwortkategorie eine neue Variable erstellt, die den Anteil des Modus an allen Gesprächen je Person wiedergibt.

In der Aufbereitung der Fragebogendaten der externen Evaluation wurden für Skalen, die aus mehreren Items bestehen, Gesamtwerte gebildet. Bei Fremdskalen wurde hierzu entsprechend der Anweisungen der jeweiligen Publikation vorgegangen, bei selbstentwickelten Skalen wurden relativierte Gesamtwerte gebildet, also die Itemwerte aufsummiert und ins Verhältnis zur Anzahl der Items der Skala gesetzt.

Die von vier Krankenkassen zur Verfügung gestellten GKV-Daten wurden zunächst vom Kooperationspartner PMV Forschungsgruppe, die jahrzehntelange Erfahrung in der Aufbereitung und Analyse von GKV-Daten hat, zusammengeführt, plausibilisiert und hinsichtlich der Variablenausprägungen vereinheitlicht (z. B. Datumsformat, Kodierungen von Diagnosen und Leistungen). Bei unplausiblen Daten wurden die Krankenkassen kontaktiert, um diese inhaltlich zu klären oder ggf. eine Nachlieferung mit korrigierten Daten zu veranlassen. Danach wurde wiederum die Plausibilisierung vorgenommen. Die Erstlieferung der Daten erfolgte in den Quartalen 3/2020 und 4/2020. Durch teilweise mehrfach notwendige Nachlieferungen und den aufwendigen Prozess der Plausibilisierung lagen erst im Juni 2021 auswertbare Daten für die externe Evaluation vor.

Da den Krankenkassen ambulante Daten erst mit einer Verzögerung von bis zu zwölf Monaten vorliegen, waren vollständige Daten über alle Profile hinweg bis Ende 2019 vorhanden. Somit wurden die GKV-Daten genutzt, um Informationen zur Versorgung vor Einschreibung in isPO zu erhalten, die den beiden anderen beschriebenen Datenquellen nicht entnommen werden können. Da die GKV-Datenbank wiederum keine Informationen zur Einschreibung in isPO

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

enthält, wurde eine Tabelle mit ausgewählten Variablen aus CAPSYS²⁰²⁰ hinzugefügt, wie bspw. das Einschreibedatum und Angaben zur Studieneinwilligung.

Folgende Kontrollvariablen wurden aus den GKV-Daten extrahiert: Vorliegen einer psychischen Diagnose im Jahr vor Einschreibung in isPO, daraus folgend die Inanspruchnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Leistung und die Ausstellung eines Arzneimittels. Zunächst wurden jene isPO-Patient:innen identifiziert, die bis zum Zeitpunkt der Auswertung ihre Studieneinwilligung nicht zurückgezogen hatten und die in den vier Quartalen vor dem Einschreibequartal in isPO (Auswertungszeitraum) durchgängig versichert waren.

Für die Variable, ob in den vier Quartalen vor Einschreibung eine psychische Diagnose vorlag, wurden folgende ICD-Codes betrachtet, da diese bei Krebspatient:innen besonders häufig auftreten (Kuhnt et al. 2016): F32-F34 (Depressive Störungen); F40-F41 (Angststörungen); F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung); F43.2 (Anpassungsstörung); F45 (Somatische Störungen). Hierzu wurden die ambulanten Diagnosedaten sowie die ambulanten Diagnosen aus dem Krankenhaus betrachtet. Das Vorliegen einer Diagnose wurde damit validiert, dass diese (1) gesichert sein musste, (2) das M2Q-Kriterium erfüllte, also in mindestens zwei der vier Quartale vor der Einschreibung dokumentiert wurde und (3) dass die Diagnose von einer versorgenden Person mit folgendem Facharztgruppenschlüssel stammte: 44 (fachärztliche Neuropädiatrie / Kinderneuropsychiatrie); 47 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie); 51 (Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie); 58 (Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie); 59 (Forensische Psychiatrie); 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie); 61 (Psychotherapeutisch tätiger Arzt); 68 (Psychologischer Psychotherapeut); 69 (Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut). Daraufhin wurde eine binäre Variable angelegt, die anzeigt, ob eine Diagnose nach den beschriebenen Kriterien vorhanden ist oder nicht. Analog dazu wurden Variablen je Diagnosegruppe erstellt.

Für diejenigen isPO-Patient:innen, für die eine psychische Diagnose dokumentiert wurde, wurden wiederum psychotherapeutische Leistungen (ambulant und ambulant im Krankenhaus) betrachtet. Diese mussten von den genannten Fachgruppen erbracht worden sein. Es wurden, unter Ausschluss rein diagnostischer Leistungen, die EBM-Codes der Kapitel 14 (Kinder- und Jugendpsychiatrie & -psychotherapie), 21 (Psychiatrie), 22 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), 23 (Ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen) und 35 (Psychotherapie-Richtlinie) betrachtet. Ähnlich wie bei den Diagnosen wurden auch bei den psychotherapeutischen Leistungen binäre Variablen für deren Dokumentation in den vier Quartalen vor dem Einschreibequartal erstellt, eine für das insgesamt Vorliegen und je eine Variable pro EBM-Kapitel.

Hinsichtlich der Arzneimittelverordnungen wurden für die Variablenerstellung der Beobachtungszeitraum sowie die Fachgruppen 44, 47, 51, 58, 59, 60 und 61 berücksichtigt. Daher liegt hierfür auch nur eine allumfassende binäre Variable vor.

Die erstellten GKV-Kontrollvariablen wurden in einer Tabelle zusammengefasst. Diese wurde aus der Datenbank exportiert und in einen SPSS-Datensatz überführt, der wiederum mit den aufbereiteten CAPSYS²⁰²⁰-Daten verknüpft werden konnte.

1.2.2.2.6 Statistische Analysen

Tabelle 3: Methodenübersicht

Statistische Methode		
Wirksamkeit	Hauptanalysen	RDD
	Per-Protocol-Analysen	RDD

Sekundäre Analysen zum primären Outcome	Fragstellungen 1-12 (POut-FS1 bis POut- FS12)	Gemischte Modelle
	Fragstellungen 13-27 (POut-FS13 bis POut- FS27)	Regressionsanalysen t-Tests ANOVA

Der folgende Abschnitt erläutert die durchgeführten statistischen Analysen. Einen Überblick über diese bietet Tabelle 3.

Deskriptive Analysen zur Stichprobe und zum primären Outcome

Die Berechnung der Charakteristika der Stichprobe erfolgte zunächst anhand des gesamten CAPSYS²⁰²⁰-Datensatzes, um einen Überblick über alle in isPO teilnehmenden Patient:innen zu erhalten. Da die Wirksamkeitsanalysen sowie die sekundären Auswertungen jedoch für isPO-Patient:innen erfolgten, die ihre 12-monatige Versorgung im isPO-Programm abgeschlossen haben, wurden die deskriptiven Analysen auch gesondert für diese Teilstichprobe vorgenommen.

Zur Stichprobenbeschreibung wurden die prozentualen Verteilungen der Altersgruppen, der Geschlechter, des Bildungsstatus, der primären Tumordiagnosen, der zuweisenden Organisationsformen je Netzwerk sowie je Versorgungsstufe berechnet. Die Verteilungen wurden mittels χ^2 -Test überprüft. Des Weiteren wurden die Anteile an Patient:innen mit Critical Incident (CI) und Beendigung des Versorgungsvertrages betrachtet und nach den Gründen aufgeschlüsselt.

Hinsichtlich des HADS wurden die Mittelwerte für den Gesamtwert und die Subskalenwerte für alle drei Erhebungszeitpunkte betrachtet. Diese wurden auch nach Versorgungsstufen und VN stratifiziert. Mit Blick auf die Wirksamkeitsanalyse wurden die Anteile der Patient:innen in Kontroll- (HADS 13-14) und Interventionsgruppe (HADS 15-16) je Netzwerk berechnet und die Mittelwerte für den HADS und seine Subskalen für alle drei Erhebungszeitpunkte für die beiden Gruppen analysiert.

Für die Teilstichprobe (12-monatige Versorgung abgeschlossen) wurden die Mittelwerte des HADS und seiner Subskalen zwischen den Erhebungszeitpunkten mittels t-Test für abhängige Stichproben verglichen (T1 zu T2; T2 zu T3; T1 zu T3). Für eine detaillierte Betrachtung der Entwicklung des HADS-Mittelwerts wurden analog zur Kontroll- und Interventionsgruppe für alle möglichen HADS-Werte Subgruppen mit zweipunktigem Wertebereich gebildet. Außerdem wurden die mittleren HADS-Differenzen von T1 zu T2, T2 zu T3 und T1 zu T3 für alle Subgruppen berechnet. Mittels t-Test für abhängige Stichproben wurden die Unterschiede in den HADS-Werten von T1 zu T2, T2 zu T3 und T1 zu T3 je Subgruppe analysiert.

Für die oben genannten inferenzstatistischen Verfahren, wie auch für die im Folgenden beschriebenen, wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ festgelegt. Ein p-Wert $\leq \alpha$ gilt als signifikant.

Wirksamkeitsanalyse mittels RDD (Intention to Treat)

Bei den Berechnungen zur Wirksamkeitsanalyse mittels RDD und bei den sekundären Analysen wurde das IMVR maßgeblich vom IMSB mit seiner statistischen Expertise und der Erfahrung im Umgang mit den CAPSYS²⁰²⁰-Daten unterstützt. Eine Ausnahme bildeten

Analysen, die Fragebogendaten der externen Evaluation einschlossen. Diese wurden ausschließlich vom externen Evaluator durchgeführt, da nach dem projektspezifischen Datenschutzkonzept eine Weitergabe der Befragungsdaten an Dritte und damit auch an das DWH ausgeschlossen ist.

Für die Berechnungen anhand des RDD wurden entsprechend des Studiendesigns nur diejenigen isPO-Patient:innen eingeschlossen, die die 12-monatige Versorgung abgeschlossen haben und deren HADS-Wert zu T1 im betrachteten Wertebereich von 13-16 Punkten lag. Von vornherein wurden Patient:innen in Stufe 2 ausgeschlossen, für die in CAPSYS²⁰²⁰ PT-Gespräche dokumentiert waren.

Deskriptiv wurden zunächst die Streudiagramme und Boxplots zwischen den HADS-T1-Werten und den HADS-T2- bzw. -T3-Werten betrachtet, unterteilt in Kontroll- und Interventionsgruppe bzw. in die vier Punktegruppen innerhalb der festgelegten Bandbreite (HADS T1 13, 14, 15, 16).

Die Wirksamkeitsanalyse mittels RDD basiert auf linearen Regressionsanalysen. Hierfür wurden die Zusammenhänge vom HADS-T1-Wert innerhalb der Bandbreite 13-16 mit dem HADS-T2- bzw. -T3-Wert um den Schwellenwert 14,5 betrachtet. Grafisch wurden die Ergebnisse als Regressionsgerade ausgegeben. Der Unterschied bzw. Sprung der Geraden am Schwellenwert gibt dabei Aufschluss über die Größe des Interventionseffektes (lokaler mittlerer Interventionseffekt).

Vertiefende statistische Analysen unter Anwendung des RDD (Per Protocol)

Analog zur Wirksamkeitsanalyse wurde das RDD weitergehend im Sinne einer Per-Protocol-Analyse angewendet. Hierbei wurde neben den oben beschriebenen Kriterien (Bandbreite; keine PT-Versorgung in Stufe 2) für die Interventionsgruppe eine Mindest-Gesprächsanzahl mit dem:der PT von einem Gespräch festgelegt.

Mit der so neu gebildeten Stichprobe wurde das RDD mit HADS T2 und T3 sowie den beiden Subskalen Angst T2 und T3 sowie Depression T2 und T3 als Outcomevariablen berechnet.

Außerdem erfolgte eine Subgruppenanalyse nach verschiedenen Einschreibephasen mit HADS T3 als Outcome. Dazu wurden die isPO-Patient:innen danach gefiltert, ob sie innerhalb der frühen Implementierungsphase (Januar bis einschl. November 2019), in der Normalisierungsphase (Dezember 2019 bis einschl. Februar 2020) oder während der COVID-19-Pandemie (ab März 2020) eingeschrieben wurden. So sollte den verschiedenen Umsetzungsphasen der Intervention und damit den Reifegraden des isPO-Programms Rechnung getragen werden.

Sekundäre statistische Analysen zum primären Outcome

Für die sekundären Analysen wurden, wie bei der Wirksamkeitsanalyse, nur jene isPO-Patient:innen eingeschlossen, die ihre 12-monatige Versorgung abgeschlossen haben.

Bei den Analysen zu den **POut-FS 1-12**, die ausschließlich auf CAPSYS²⁰²⁰- und GKV-Daten basieren, wurde das IMVR gleichfalls vom IMSB unterstützt. Für jede der Fragestellungen 1-12 wurden gemischte Modelle berechnet, um die Einflüsse der Variablen auf die HADS-Werte im zeitlichen Verlauf betrachten zu können. Der HADS ging als abhängige Variable in die gemischten Modelle ein. Als unabhängige Variablen gingen neben den fragestellungsspezifischen Variablen folgende vier Variablen zur Kontrolle in jedes Modell ein: HADS-Gruppe (HADS-T1-Wert ≤ 14 oder ≥ 15), Erhebungszeitpunkt, HADS-T1-Wert (Baseline-Wert) und der Interaktionsterm HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt.

Für jedes Modell wurden Schätzer für die festen Effekte der einzelnen unabhängigen Variablen berechnet. Für kategoriale Variablen wurden außerdem die Marginal Means (geschätzte Randmittel) betrachtet. Bei Marginal Means handelt es sich um den Mittelwert der abhängigen Variable (z. B. des HADS-Werts) für jede Kategorie des interessierenden Faktors (z. B. Geschlecht), adjustiert für die anderen Variablen im Modell.

Da sich die **POut-FS 13-27** auf Fragebogendaten beziehen, die vom IMVR erhoben wurden und laut projektspezifischem Datenschutzkonzept nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen, wurden die darauf basierenden sekundären Analysen allein vom IMVR durchgeführt.

Für jede Fragestellung wurden zunächst deskriptive Kennwerte zu den unabhängigen und abhängigen Variablen berechnet. Zu den **POut-FS 13-16** sowie **19** und **20** wurden lineare univariate oder multiple Regressionsanalysen mit dem HADS-Gesamtwert sowie den beiden Subskalenwerten zu T2 und T3 als abhängige Variablen gerechnet. Ausschließlich die HADS-T3-Werte betrachtend, wurden die **POut-FS 17, 18** und **23-26** regressionsanalytisch beantwortet. Den multiplen Regressionsanalysen gingen immer explorative univariate Analysen voraus. Darauf basierend wurden die Variablen blockweise bzw. nacheinander in die Regressionsmodelle aufgenommen. Zur Analyse von Unterschieden hinsichtlich der HADS-T3-Werte (**POut-FS 21, 22** und **27**) wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) berechnet.

1.2.2.3 Sekundäres Outcome: Versorgungsqualität

Im Allgemeinen wird unter Versorgungsqualität eine qualitativ hochwertige Patient:innenversorgung verstanden. Eine einheitlich bindende Definition für das deutsche Gesundheitssystem fehlt jedoch noch. Häufig wird die Definition des Institute of Medicine (IOM) (Institute of Medicine 2008) zugrunde gelegt, wonach Versorgungsqualität „das Ausmaß [meint], in dem die Gesundheitsversorgung, die für Individuen und Populationen bereitgestellt wird, die gewünschten gesundheitsbezogenen Endpunkte erreicht und konsistent mit dem aktuellen Fachwissen ist“. Die Aussagen zur Versorgungsqualität werden meist in drei Kategorien unterschieden: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966).

Ausgehend davon werden in der summativen Evaluation der nVF isPO die Ausprägungen dieser drei international anerkannten Qualitätskategorien beschrieben und es wird bewertet, welche in der isPO-Patient:innenversorgung interagieren (Abbildung 7, Pfeil in beide Richtungen). Jedoch werden in der Evaluation die Versorgungsprozesse und -ergebnisse zusammenfassend dargestellt, da diese in den dazugehörigen Arbeitspaketen von den unterschiedlichen Konsortialpartnern (IGKE, KPP & IMSB) zusammenhängend bearbeitet wurden. Da es sich bei isPO um eine nVF handelt, hat der externe Evaluator die „Versorgungserfahrung“ als eine zusätzliche Qualitätskategorie eingefügt. Diese vierte Kategorie reflektiert kritisch die drei anderen Kategorien aus der Perspektive der verschiedenen Stakeholder (Abbildung 7, gestrichelte Pfeile in eine Richtung).

Die Versorgungsstrukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, unter denen die nVF isPO erbracht wird. Zur Bewertung dieser Kategorie werden in dieser Evaluation maßgeblich die Verfügbarkeit der Produkte, deren Reifegradbewertung sowie die Ausreifung des in isPO entwickelten IT-gestützten Dokumentations- und Assistenzsystems (CAPSYS²⁰²⁰) herangezogen (siehe Kapitel 1.2.2.3.1).

Die Versorgungsprozessqualität bezieht sich auf den Ablauf und die Durchführung der Versorgung. Die Versorgungsergebnisqualität gibt Auskunft über Auswirkungen der nVF isPO auf den Gesundheitszustand der isPO-Patient:innen. Dies wird beschrieben und bewertet, indem Aussagen bezüglich Versorgungsintegrität, Programmadhärenz sowie Versorgungsleistung getätigt werden (Kapitel 1.2.2.3.2).

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Die Versorgungserfahrung bezieht sich auf das Erleben der nVF isPO der Patient:innen, der isPO-Versorger:innen sowie der onkologischen Versorger:innen und deren subjektive Bewertung der nVF. Hierbei werden die retrospektiven Erfahrungen der Stakeholder eingefangen (Kapitel 1.2.2.3.3).



Abbildung 7: Kategorien der Versorgungsqualität (sekundäres Outcome 1) in der summativen Evaluation von isPO

1.2.2.3.1 Versorgungsstruktur

In dieser Dimension der Versorgungsqualität wird die Qualität der isPO-Strukturen beschrieben und bewertet (Abbildung 7). Es handelt sich also um die Rahmung, in welcher die nVF isPO umgesetzt wird. Die Evaluation explorierte und bewertete hier beispielsweise die Regeln, Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen der nVF isPO. Hierfür war ein Vorgehen in drei Schritten nötig, welches bereits in der zweiten formativen Evaluationsphase startete (Krieger et al. 2021).

Schritt 1 – Verfügbarkeit der Produkte

Die Versorgungsstruktur besteht im Wesentlichen aus sogenannten „isPO-Produkten“. Diese mussten, nach ihrer inhaltlichen Erprobung in der Versorgungsrealität, zunächst von den verantwortlichen Konsortialpartnern entwickelt und dann dem Evaluationsteam zur Verfügung gestellt werden. Bei den isPO-Produkten handelt es sich um verschriftlichte Konzepte, Manuale oder Ordnerstrukturen, die das Ziel verfolgen, alle Strukturen so wiederzugeben, dass die nVF isPO für Außenstehende trotz ihrer Komplexität transparent und nachvollziehbar ist. Nach innen dienen diese Produkte der Qualitätssicherung, da jegliches projektintern generierte Wissen auf hohem Niveau festgehalten wird und so als institutionelles Gedächtnis fungiert. Die Verfügbarkeit aller isPO-Produkte sollte von den externen Evaluator:innen festgestellt werden. Eine Produktübersicht mit detaillierter Beschreibung ist in den Ergebnissen dargelegt.

Schritt 2 – Reifegradbewertung der Produkte

Im zweiten Schritt ist vom externen Evaluationsteam der Reifegrad der Produkte bewertet worden. Diese umfangreiche Bewertung wurde ebenfalls in der zweiten formativen Evaluationsschleife vorgenommen (Krieger et al. 2021). Ziel dieses dokumentenbasierten Begutachtungsprozesses war: (1) Produktschwächen oder Unreifen frühzeitig identifizieren, (2) die Vollständigkeit in ihrer Zusammenschau prüfen, (3) rechtzeitige Impulse zur Optimierung geben und (4) den Produkten somit zur größtmöglichen Reife verhelfen.

Diese Evaluationen waren angesichts ihrer Bedeutsamkeit besonders aufwendig und an eine zeitnahe, konstruktive Rückmeldung gebunden, denn den Konsortialpartnern sollte die

Möglichkeit gegeben werden, ihre Produkte bis zum 15. Mai 2021 zu optimieren und bei der Konsortialführung einzureichen, um diese anschließend im finalen Ausreifungszustand in CAPSYS²⁰²⁰-Lokal, dem in isPO entwickelten IT-gestützten Dokumentations- und Assistenzsystem, einzupflegen. Bis zum 01. März 2021 wurden seitens des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln (IMVR) via E-Mail personalisierte Rückmeldungen zum jeweiligen Reifegrad des Produktes an jeden Konsortialpartner gegeben. Wenn daraufhin Optimierungen vorgenommen wurden, sollten diese vom jeweiligen Konsortialpartner direkt ans IMVR und die Projektleitung übermittelt werden.

Um die isPO-Produkte in vollem Umfang und transparent bewerten zu können, wurde einerseits eine Prüfmatrix mit Kriterien erstellt, deren Erfüllung in einem Ampelsystem eingeschätzt wird (Anhang 3). Dabei waren etwa die Vollständigkeit, der logische Fluss, die Passfähigkeit des Dokuments für die intendierte Zielgruppe sowie nachvollziehbare Bezüge der Produkte zueinander von Relevanz. Diese Produkte wurden dokumentenanalytisch geprüft. Andererseits wurden einige Produkte, wie die isPO-Versorgungsmanagementstruktur (MED I – Medizinische Klinik I, Klinische Psychoonkologie, Uniklinikum Köln) und das isPO-Prozessmanagement (IGKE – Institut für Gesundheitsökonomie & Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln), szenariengeleitet evaluiert. Diese Szenarien wurden von der MED I im ersten Implementierungsjahr entwickelt (Anhang 4). Prüfmatrix und Szenarien wurden den Konsortialpartnern im Vorfeld kommuniziert.

Das dezidierte Feedback zum Reifegrad eines Produktes erfolgte erstens in Form eines persönlichen Produktgutachtens, in dem die jeweiligen Stärken, Schwächen sowie Impulse zur Optimierung verschriftlicht wurden. Zweitens erhielten die Konsortialpartner eine personalisierte Bewertungsmatrix, in der sie sich per Ampelsystem nach den Begutungskriterien orientieren konnten. Drittens wurde in den verschriftlichten Produkten selbst, anhand der Bewertungskriterien, kritisch kommentiert, es wurden Lösungsvorschläge angemerkt und besonders wertvolle Passagen hervorgehoben. Schließlich wurde jedem Konsortialpartner die Möglichkeit für Rückfragen angeboten.

Schritt 3 – Prüfung des Reifegrades von CAPSYS²⁰²⁰

Um die Versorgungsstruktur abschließend bewerten zu können, wurden im letzten Projektjahr alle optimierten Produkte in das Assistenz- und Dokumentationssystem CAPSYS²⁰²⁰ eingefügt. Dies erfolgte von Mai bis Juni 2021, sodass die Prüfung zu Beginn Juli 2021 erfolgen konnte. Auf der Basis der Funktionen im CAPSYS²⁰²⁰-Handbuch und den Leistungsbeschreibungen im Selektivvertrag wurden hierfür von den Evaluator:innen, zusammen mit der MED I, im partizipativen Prozess fünf praxisrelevante, authentische Szenarien entwickelt (Anhang 5). Die MED I prüfte im April 2021 mit dem Produktentwickler Medizinische Informatik, Fachhochschule Dortmund (MIFH), ob die Szenarien nach aktuellem Projektstatus im Sinne einer Prüfung umsetzbar sind. Die Prüfung erfolgte aus Datenschutzgründen nicht im realen CAPSYS²⁰²⁰-System, sondern im CAPSYS²⁰²⁰-Testsystem. Um eine möglichst authentische Einschätzung zu erhalten, wurden vier Szenarien von drei professionellen Vertreter:innen aus drei isPO-Versorgungsnetzwerken bearbeitet, welche die Rolle der Netzwerkkoordination, des isPO-Case Managements, des isPO-Case Managements Onkolots:in, der Psychosozialen Fachkraft und des:der Psychotherapeut:in innehatten (Tabelle 4).

Tabelle 4: Fokus der CAPSYS²⁰²⁰-Prüfszenarien und Rolle der Testperson zur Reifegradmessung

Szenario	Fokus	Bearbeitung
1	Orientierung in CAPSYS ²⁰²⁰	isPO-Evaluation
2	Vertrags- und Versorgungsmanagement	Netzwerkkoordination

Szenario	Fokus	Bearbeitung
3	isPO-Versorgung	isPO-Case Management + isPO-Case Management Onkolots:in Psychotherapie
4	Point of Care	isPO-Case Management Psychotherapie
5	Qualitätsmanagement	Netzwerkkoordination isPO-Case Management Psychosoziale Fachkraft

Lediglich das erste Szenario (Orientierung in CAPSYS²⁰²⁰) wurde von den Evaluator:innen selbst umgesetzt. Zur Bewertung der Szenarien wurde eine Prüfmatrix mit acht Kriterien genutzt (Tabelle 5), welche für jedes Szenario einzeln angewendet wurde.

Tabelle 5: Matrix zur szenariengeleiteten Prüfung von CAPSYS²⁰²⁰

Code	Kriterien	Prüffrage / Explorationsfokus*
D	Design	Ist das Design anwender:innenfreundlich?
E	Erwartung	Werden die Erwartungen der Nutzer:innen in Bezug auf die einführenden Informationen erfüllt?
EL	Erlernbarkeit	Ist es wahrscheinlich, dass die meisten Anwender:innen den Umgang mit CAPSYS ²⁰²⁰ schnell erlernen werden?
I	Intuitiv	Ist es wahrscheinlich, dass die meisten Anwender:innen CAPSYS ²⁰²⁰ intuitiv nutzen können?
L	Aufbaulogik	Ist der Aufbau von CAPSYS ²⁰²⁰ logisch, nachvollziehbar und in sich schlüssig?
K	Komplexität	Ist der Grad der Komplexität für die Programmumsetzung angemessen?
KO	Konsistenz	Erscheint CAPSYS ²⁰²⁰ konsistent?
V	Vollständigkeit	Erscheint CAPSYS ²⁰²⁰ vollständig (Elemente, Optionen, Produkte, Pfade)?

* **Auswertung via Ampelsystem: sehr gut = grün, genügend = gelb, ungenügend = rot, nicht zutreffend = grau**
Die Prüfungen wurden anhand der fünf Szenarien durchgeführt (Tabelle 4). Da die Implementierung der isPO-Produkte zu den letzten Anpassungsschritten von CAPSYS²⁰²⁰ gehörte, wurde zunächst mit der Testung der Szenarien 2 bis 5 gestartet. Aufgrund der zu der Zeit geltenden Coronaschutzverordnungen wurde den Netzwerken freigestellt, die Prüfung angesichtlich oder virtuell, d. h. via Teilung des Bildschirms, im Testsystem durchzuführen. Zunächst wurden aus den unterschiedlichen Netzwerken unterschiedliche Professionelle der isPO-Teams als „Testpersonen“ rekrutiert (Tabelle 4). Nach ihrem Einverständnis wurden diese mündlich und schriftlich über das Vorgehen informiert und es wurde die Möglichkeit für Rückfragen offeriert. Der Testlink mit den Rollenzuweisungen (Benutzername) und Passwörtern für die CAPSYS²⁰²⁰-Testversion sowie die jeweilig zu prüfenden Szenarien wurden eine Stunde vor Prüfungsbeginn via Mail übermittelt.

Die CAPSYS²⁰²⁰-Prüfung wurde anhand der Szenarien 2 bis 5 mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung und dem in der Evaluation gängigen Vier-Augen-Prinzip durchgeführt. Dabei beobachteten zwei Evaluatorinnen, wie die Testpersonen die jeweiligen Szenarien umsetzten und bewerteten dies in der Matrix, die sie unabhängig voneinander

ausfüllten (Tabelle 5). Im Anschluss an die jeweilige Prüfung wurden die individuellen Bewertungen und Beobachtungen abgeglichen. Bei Dissens wurde ein Konsens gefunden, der zu einer abschließenden Bewertung des jeweiligen Szenarios führte.

Das erste Szenario wurde von denselben zwei Evaluatorinnen gemeinsam im Testsystem bearbeitet, die in den anderen vier Szenarien zuvor als Beobachterinnen fungierten. Zur Bewertung wurde die Prüfmatrix (Tabelle 5) herangezogen, wobei lediglich das Kriterium der Erwartung exkludiert wurde, weil es aufgrund der isPO-Systemkenntnis von den Evaluatorinnen für nicht objektiv einschätzbar bewertet wurde.

Aus den Ergebnissen der fünf Szenarien wurde eine abschließende Bewertung zur Versorgungsstruktur kondensiert. Um zu dieser abschließenden Bewertung zu gelangen, wurden die Ergebnisse im gesamten Evaluationsteam (N = 4) kritisch diskutiert.

Nach der finalen Reifeprüfung, die vom IMVR am 14.07.2021 abgeschlossen wurde, wurden vom MIFH und der MED I weitere Optimierungen vorgenommen.

1.2.2.3.2 Versorgungsprozesse & -ergebnisse

Unter den zwei Qualitätsdomänen zum Versorgungsprozess und -ergebnis werden Aussagen zur Versorgungsintegrität, Programmadhärenz und zur Versorgungsleistung zusammengefasst (Abbildung 7).

Die Analysen zur Versorgungsintegrität und Programmadhärenz sind Teil der internen Evaluation und wurden hierbei als Arbeitspaket im Projektantrag jeweils den Konsortialpartnern Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln (KPP) und Institut für Gesundheitsökonomie & Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln (IGKE) zugeordnet. Dazu wurden mit beiden Konsortialpartnern in Gesprächen mit der Medizinischen Klinik I, Klinische Psychoonkologie, Uniklinikum Köln (MED I) und dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung & Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln (IMVR) die Erwartungshorizonte und Anforderungen an die Arbeitspakete der internen Evaluation geklärt und die Abgabetermine konsentiert. Die finalen Analysen zur Versorgungsintegrität führte das Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB) durch (siehe Kapitel 1.2.2.3.2.2).

Die Analysen der internen Evaluation gingen der externen Evaluation vor Anfertigung der summativen Evaluation in Form von Berichten zu. Darüber hinaus führte die externe Evaluation ergänzende Analysen zu Versorgungsleistungen durch.

In den folgenden Unterkapiteln wird zunächst die gemeinsame Datenbasis für die Versorgungsintegrität, die Programmadhärenz und die Versorgungsleistungen (im IT-gestützten Dokumentations- und Assistenzsystem – CAPSYS²⁰²⁰) beschrieben. Anschließend werden jeweils die vorgenommenen Definitionen und das methodische Vorgehen der Konsortialpartner sowie die Evaluation zu den Analysen beschrieben.

1.2.2.3.2.1 Datenbasis: Export der Daten aus CAPSYS²⁰²⁰

Zur Bewertung der Qualität des isPO-Programms auf Prozess- und Ergebnisebene wurden im Rahmen sowohl der internen als auch der externen Evaluation Daten des IT-Dokumentations- und Assistenzsystems CAPSYS²⁰²⁰ ausgewertet.

Entsprechend des isPO-Datenschutzkonzeptes erfolgt der Export der CAPSYS²⁰²⁰-Daten von den VN an das isPO-Data Warehouse (DWH) zum Zwecke der internen und externen Evaluation über die Hochschul-Cloud des Landes Nordrhein-Westfalen *sciebo*. Es werden nur die Daten jener isPO-Teilnehmenden weitergeleitet, die ihr Einverständnis zur Teilnahme an der isPO-Studie gegeben haben und nicht als Drop-Out registriert wurden. Die Daten werden pseudonymisiert übermittelt, sodass keine Identifikation der Teilnehmenden möglich ist, aber dennoch ein Datenlinkage mit Befragungs- (IMVR) und GKV-Daten (IGKE, IMVR, KPP)

stattfinden kann. Daten aus Freitextfeldern werden aus Datenschutzgründen nicht exportiert, da eine ausreichende Entpersonalisierung hier nicht umsetzbar ist. Außerdem gehen Daten nur dann in den Export ein, wenn die entsprechende Maßnahme in CAPSYS²⁰²⁰ freigegeben wurde (Maßnahmenstatus „fix & fertig“). Abbildung 8 stellt die hier genannten Datenflüsse in Anlehnung an die Datenflüsse im isPO-Datenschutzkonzept in vereinfachter Form dar.

Der Export der CAPSYS²⁰²⁰-Daten an das DWH erfolgt als Datenbank. Die Daten werden im DWH entsprechend der von den auswertenden Instituten angeforderten Variablen aufbereitet und in ein zweidimensionales Format überführt. Jedem auswertenden Institut wird eine eigene SPSS-Datei mittels *sciebo* zur Verfügung gestellt. Der Prozess des Datenexports von den VN zum DWH und von dort zu den auswertenden Instituten erfolgt seit Q3 2020 jeweils zum Ende eines Quartals. Dabei werden stets alle Daten übermittelt, sodass keine Differenzdaten entstehen, die jeweils neu verknüpft werden müssten, was die Fehleranfälligkeit reduzieren soll.

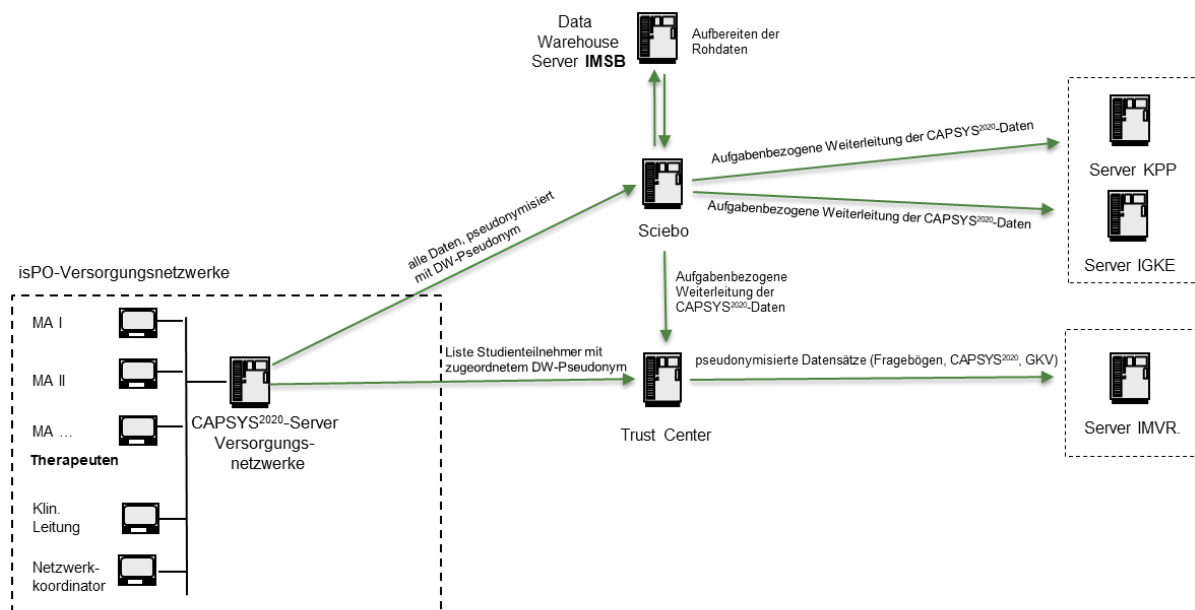


Abbildung 8: CAPSYS²⁰²⁰-Datenflüsse für die Analysen der Versorgungsintegrität, Programmadhärenz und Versorgungsleistungen

1.2.2.3.2 Versorgungsintegrität (interne Evaluation)

Zur „Überprüfung der Versorgungsintegrität innerhalb des isPO-Versorgungsprogramms“ reichte das dafür beauftragte KPP am 22.07.2021 den dazugehörigen Bericht für die vorläufige summative Evaluation (SE 1.0) im IMVR ein (Überprüfung der Versorgungsintegrität innerhalb des isPO-Versorgungsprogramms. (o.D.)). Es handelt sich um eine 19-seitige Zusammenfassung (plus 14 Seiten Anhang) der Analysen der Versorgungsintegrität.

Die Aussagen zur Versorgungsintegrität sind sowohl für die umfängliche Bewertung der Versorgungsqualität als auch für die Interpretation der Wirksamkeit von isPO richtungweisend. Dies bedurfte aus Sicht der Projektleitung und externen Evaluation einer nochmals umfangreicheren Ausarbeitung. Deshalb wurde erneut eine auf dem nun vollständigen CAPSYS²⁰²⁰-Datensatz basierende und mit sieben Evaluationsfragen geleitete umfängliche Berechnung der Versorgungsintegrität beim Förderer beantragt. Dieses Arbeitspaket wurde diesmal vom IMSB umgesetzt. Dessen Ergebnisse wurden innerhalb eines erstellten Berichts am 27.03.2022 an das IMVR übermittelt. Zudem wurde dazu ein Kurzbericht verfasst und dem IMVR ebenso zur Verfügung gestellt.

Die Bewertung der Versorgungsintegrität des isPO-Programms bezieht sich auf folgende Aspekte: Einhaltung der Zeiträume nach Studiendesign, Angemessenheit der Stufenzuordnung, Durchführung der Gespräche gemäß Stufeneinteilung, klinische und statistische Veränderung der psychischen Belastung, Nutzung der geplanten Interventionen / Module und Einfluss der Therapiegespräche auf die Veränderung des HADS.

Das IMSB beschreibt sein methodisches Vorgehen wie folgt:

„Alle Fragestellungen wurden mittels gängiger deskriptiver Auswertungsmethoden (Kreuztabellen, Angabe von absoluten und relativen Häufigkeiten in Prozent, Mittelwerten (MW) \pm Standardabweichung (SD), Median [Interquartilsabstand (IQR)], Spannweiten [Minimum, Maximum]) und geeigneten explorativen Testverfahren sowie univariaten und multivariablen linearen Regressionsanalysen und Korrelationen untersucht. Verwendet wurden zur Exploration der Chi²-Test und der Kruskal-Wallis-Test. Ein p-Wert \leq 0,05 (Signifikanzniveau) wurde als statistisch signifikant angenommen. [...] Die gesamten Analysen der Daten wurden mit der Statistiksoftware SPSS von IBM in der Version 28 durchgeführt.“

Weiterhin wurden zur Operationalisierung der Belastungsreduktion Differenzen der HADS-Werte zwischen den Befragungszeitpunkten (T1 und T2 sowie T1 und T3) berechnet. Hierbei ist ein negativer Wert mit einer Symptomreduktion und ein positiver Wert mit einem Symptomanstieg zu interpretieren. Anschließend nutzte das IMSB den Reliable Change Index (RCI) zur Bewertung der klinisch relevanten Veränderung im HADS-Score. Zu interpretieren sind die dazugehörigen Ergebnisse wie folgt:

„Nimmt der HADS-Wert zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 um \geq 5 Punkte ab, so spricht man von einer signifikanten Verbesserung, nimmt der HADS jedoch um \geq 5 Punkte zu, spricht man von einer signifikanten Verschlechterung. Liegt die Differenz zwischen -4 und 4, so wird dies als keine signifikante Veränderung angesehen.“

1.2.2.3.2.3 Programmadhärenz (interne Evaluation)

Das IGKE ist als Konsortialpartner verantwortlich für die interne Evaluation zur Programmadhärenz (Arbeitspaket „Interne Evaluation der Programmadhärenz“; Meilenstein 17a). Der dazugehörige Bericht des IGKE „Bewertung der Programmadhärenz der Versorgungsform integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO) (Version 1.0)“ umfasst 67 Seiten (ohne Anhang), ist dem IMVR fristgerecht am 15.04.2021 zugegangen und wird im Folgenden mit Blick auf seine Kernelemente komprimiert von Seiten der externen Evaluation dargelegt.

Im IGKE-Bericht ist die Programmadhärenz definiert als „Ausmaß, in dem die Umsetzung des Versorgungsprogramms mit den vertraglichen und qualitativen Anforderungen übereinstimmt“ (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie 2021). Dabei erfolgt die Überprüfung von Aspekten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Einhaltung von Vorgaben, Anforderungen und Entwicklungen. Zentrales Ziel der internen Evaluation der Programmadhärenz ist es, empirisch den Umsetzungsgrad des Konzeptes der Versorgungsform isPO in die Versorgungsrealität aus Sicht des Qualitätsmanagements zu untersuchen und messbar zu machen. Im Bewertungsverfahren werden unterschiedliche Aspekte der Qualität und Anforderungen beurteilt. Dies umfasst die Entwicklung und Zielerreichung der Qualität von Versorgungsprozessen im Zeitverlauf und die Erfüllung und Umsetzung relevanter Anforderungen für die Versorgungsform isPO.

Zur Bestimmung der Programmadhärenz sind anhand des Versorgungskonzeptes, der isPO-Verträge und aus dem isPO-Qualitätsmanagement heraus so vom IGKE 200 Bewertungskriterien definiert und zur Operationalisierung in Items überführt worden. Die Bewertungskriterien wurden jeweils einer übergeordneten Bewertungskategorie (z. B. Qualitätsindikatoren, Qualitätsmanagement, Versorgungsvertrag, Qualitätssicherung und -

Qualitätsentwicklung, Versorgungskonzept, Versorgungstelematik etc.), einer Qualitätsdimension (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität) und einem Qualitätskriterium (z. B. Rechtzeitigkeit der Versorgung, Zugänglichkeit der Versorgung, Stetigkeit / Koordination der Versorgung, Angemessenheit der Versorgung, Wirtschaftlichkeit der Versorgung etc.) zugeordnet.

Die Gesamtbewertung der Programmadhärenz basiert schließlich auf einem Punktbewertungsverfahren. Dies nahm in den Definitionen der Bewertungskriterien seinen Anfang. Dem folgten sodann die Gewichtung der Bewertungskriterien nach einem festgelegten Punktwert und die Summe der Faktorwerte der Kriterien in einer Bewertungskategorie zu einem Gesamtwert. Dafür wurde jedes Item mittels eines Bewertungsschemas sowohl netzwerkspezifisch als auch netzwerkübergreifend mit Punkten bewertet (min. 1 bis max. 5 Punkte). Je höher die Punktzahl, desto höher die Programmadhärenz. Der Durchschnittswert aus den Bewertungsitems hat schließlich die Gesamtbewertung bzw. Bewertung pro Dimension ergeben.

Mit Blick auf die Häufigkeitsverteilungen der Qualitätsdimensionen und -kriterien sind auf der Basis von 128 Qualitätsindikatoren für acht Quartale, vier Versorgungsnetzwerken und 72 Qualitätsmerkmalen in unterschiedlichen Ausprägungen schließlich insgesamt 4460 Auswertungsfälle (Items) für das Erhebungsinstrument formuliert worden. Für 91,8 % (n = 4096) der Auswertungsfälle werden Qualitätsindikatoren herangezogen, 3,2 % (n = 144) betreffen das Qualitätsmanagement. 1,4 % (n = 64) bzw. 1,3 % (n = 56) werden den Versorgungsverträgen bzw. der Qualitätssicherung und -entwicklung zugeordnet. Die Auswertungsfälle verteilen sich weiterhin auf 85,2 % (n = 3800) zur Prozessqualität, 11,2 % (n = 500) zur Strukturqualität und 3,6 % (n = 160) zur Ergebnisqualität. In Bezug auf die Qualitätskriterien verteilen sich mehr als zwei Drittel (38,5 %, n = 1728) der Auswertungsfälle auf die Rechtzeitigkeit der Versorgung, gefolgt von Stetigkeit / Koordination (27,1 %, n = 1216) und der Angemessenheit der Versorgung (15,7 %, n = 704).

1.2.2.3.2.4 Versorgungsleistung (externe Evaluation)

Die Versorgungsleistung (VL) beschreibt, wie eine Gesundheitsleistung, in diesem Fall das isPO-Programm als psychoonkologische Leistung, im entsprechenden Kontext (hier die integrierte, sektorenübergreifende Versorgung durch die multidisziplinären Teams in den Versorgungsnetzwerken (VN)) erbracht wird (Schrappe, M., & Pfaff, H. 2017). Folgenden Fragestellungen (FS) wurde nachgegangen (s. auch Anhang 24):

VL-FS 1a Welche Zeitspanne liegt zwischen der Einschreibung und dem Informationsgespräch auf Versorgungsstufe 1 und gibt es hierbei Unterschiede zwischen den VN?

VL-FS 1b Welche Zeitspanne liegt zwischen der Einschreibung und dem ersten in Anspruch genommenen Gespräch mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF) und gibt es hierbei Unterschiede zwischen den VN?

VL-FS 1c Welche Zeitspanne liegt zwischen der Einschreibung und dem ersten in Anspruch genommenen Gespräch mit dem:der Psychotherapeut:in (PT) und gibt es hierbei Unterschiede zwischen den VN?

VL-FS 2a Wie viele Patient:innen haben das Informationsgespräch auf Versorgungsstufe 1 erhalten?

VL-FS 2b Bei wie vielen wurde dieses durch eine:n isPO-Onkolots:in (isPO-OL) geführt und wenn nicht, warum?

VL-FS 2c Inwieweit erklären prädisponierende Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildungsstand), Befähigungsfaktoren (Partnerschaftsstatus, Haushaltsform, soziale Unterstützung, VN-

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Zugehörigkeit) und Bedarfsfaktoren (Tumorentität, HADS-Wert T1, isPO-Versorgungsstufe) die Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1?

VL-FS 3a Wie viele PSF- / PT-Gespräche haben pro Patient:in stattgefunden?

VL-FS 3b Inwieweit erklären prädisponierende Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung), Befähigungsfaktoren (soziale Unterstützung, Partnerschaft Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen, therapeutische Allianz, Kohärenzsinn) und Bedarfsfaktoren (HADS-Wert T1, isPO-Versorgungsstufe, medizinische Behandlung, subjektiver Behandlungserfolg, Komplikationen bei der Behandlung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Informationsbedürfnisse, Versorgung unter COVID-19, psychische Vordiagnosen und vor isPO in Anspruch genommene psychotherapeutische Leistungen oder Rezepte für psychiatrische Arzneimittel) die Häufigkeit der PSF- / PT-Gespräche?

VL-FS 4a Wie häufig sind welche Gesprächsmodi (PSF / PT) im Zeitverlauf?

VL-FS 4b Inwieweit unterscheiden sich die Anteile an durchgeführten PSF- / PT-Gesprächen in den VN?

Die Auswertungen für die externe summative Evaluation zur Versorgungsqualität auf Prozess- und Ergebnisebene basieren auf CAPSYS²⁰²⁰-Daten. Die Daten wurden von den VN am 01.07.2021 an das IMSB (DWH) übermittelt. Sie wurden dem IMVR am 16.07.2021 vom DWH zur Verfügung gestellt. Sie beinhalten damit alle in isPO eingeschriebenen Patient:innen, die der Datenweiterleitung zugestimmt haben.

Zur Stichprobenbeschreibung wurde die Anzahl der Patient:innen je Versorgungsstufe sowie stratifiziert nach Alter, Geschlecht, Tumorentität, zuweisendem Setting (ambulant vs. stationär) und VN-Zugehörigkeit berechnet. Außerdem wurde die Anzahl an Patient:innen mit Critical Incident (CI) und mit Beendigung des Versorgungsvertrages berechnet und nach den Gründen aufgeschlüsselt.

Zur Analyse der **VL-FS 1** wurden für die jeweiligen Leistungen (Stufe 1-, PSF-, PT-Gespräche) die Datumsdifferenzen in Tagen zwischen der jeweils ersten dokumentierten Leistung und dem Einschreibedatum pro teilnehmender Person berechnet. Weiterhin wurden extreme Ausreißer für die Analysen ausgeschlossen, d. h. negative Werte (z. B. -300 Tage) oder extrem hohe Werte, die die einjährige isPO-Versorgung überschreiten (z. B. 523 Tage). Vermutlich handelt es sich hierbei um Dokumentationsfehler oder eine verspätete Dokumentation. Dies betrifft die Analysen für die Stufen 1 und 2. Bei den Analysen zur Stufe 1 betragen die unplausiblen Werte 5,8 % (negative Werte = 5,1 % und Werte über 365 Tage = 0,7 %). Bei den Analysen zur Stufe 2 betragen die unplausiblen Werte 1,9 % (negative Werte = 1,1 % und Werte über 365 Tage = 0,8 %). Zur Überprüfung dahingehend, ob es zwischen den VN Unterschiede in der Dauer bis zum jeweiligen ersten Gespräch (Stufe 1, PSF, PT) gibt, wurden ANOVAs gerechnet. Da hierbei der Levene-Test auf Varianzgleichheit bei allen Leistungsarten signifikant wurde und somit keine Varianzgleichheit besteht, wurden zur Interpretation der Ergebnisse die robustere Welch-ANOVA sowie der Games-Howell-Post-hoc-Test herangezogen. Zur Bewertung der Effektstärken wurde jeweils das Omega-Quadrat (ω^2) berechnet.

Da die CAPSYS²⁰²⁰-Daten alle dokumentierten Daten zum Zeitpunkt des Exports beinhalten, sind Fälle mit unterschiedlicher Dauer im Versorgungsprogramm vorhanden. Für die Berechnung der Patient:innen mit durchgeführtem Informationsgespräch (**VL-FS 2a**) wurden daher jene Fälle ausgewählt, die seit mindestens vier Monaten am isPO-Programm teilnehmen. Hierfür wurde nach dem Datum gefiltert, welches vier Monate vor dem Datenabzug liegt. Für die **VL-FS 2b** wurden zusätzliche Filter eingesetzt: zunächst nach dokumentiertem Informationsgespräch und weitergehend nach nicht durch eine:n isPO-OL geführtem Gespräch.

Die **VL-FS 2a und 2b** wurden deskriptiv über Kreuztabellen nach VN analysiert. Zusätzlich wurden χ^2 -Quadrat-Tests durchgeführt, um die Abhängigkeit der Verteilungen von den VN zu überprüfen.

Die Analysen zu den Einflussfaktoren (**VL-FS 2c & 3b**) basieren neben den CAPSYS²⁰²⁰-Daten auch auf den quantitativen Patient:innenbefragungen (Kapitel 1.2.2.3.3.2) und den GKV-Daten. Diese wurden hierzu anhand der Pseudonyme verknüpft. Das isPO-Trust Center stellte zu diesem Zweck eine Liste mit den DWH-Pseudonymen und den dazugehörigen Fragebogen- und Kassen-Pseudonymen zur Verfügung, sodass ein exaktes Datenlinkage (March et al. 2018) durchgeführt werden konnte. Aus den Fragebogendaten wurden folgende Variablen herangezogen: soziale Unterstützung (OSS-3 (Dalgard et al. 1995) und BS6 (Beutel et al. 2017)), Skala zur Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen (Eigenentwicklung), Kohärenzsinn (Abel et al. 1995), medizinische Behandlung (in Anlehnung an Pfaff et al. (Pfaff et al. 2009)), subjektiver Behandlungserfolg (Pfaff et al. 2004), Komplikationen bei der Behandlung (Pfaff et al. 2004), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al. 1993)), psychosozialer Informationsbedarf (CaPin (Neumann et al. 2011)), therapeutische Allianz (Wai-SR (Wilmers et al. 2008)). Anhand der GKV-Daten wurden dummykodierte Variablen zu psychischen Diagnosen und zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen und der Verordnung von Arzneimitteln durch Fachärzt:innen für Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie vor Einschreibung in isPO gebildet. Die einzelnen Aufbereitungsschritte zur Extrahierung der GKV-Kontrollvariablen wurden an entsprechender Stelle beschrieben (Kapitel 1.2.2.2.5).

Analog zur FS 2a wurden auch bei der Analyse der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des Stufe-1-Gesprächs (**VL-FS 2c**) nur jene Patient:innen betrachtet, die seit mindestens vier Monaten im isPO-Programm eingeschrieben sind. Für das Kriterium (Inanspruchnahme) wurde eine Variable mit den Ausprägungen 0 (nein) und 1 (ja) gebildet. Folglich wurden logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Die zu untersuchenden Prädiktoren wurden den Faktorenkomplexen des Inanspruchnahmемodells nach Andersen (Andersen 1995) zugeordnet und so in drei Modellen untersucht:

Modell 1: *Prädisponierende Faktoren* mit den Variablen Altersgruppe, Geschlecht, Bildungsstand

Modell 2: *Befähigungsfaktoren* mit den Variablen Partnerschaftsstatus, Haushaltsform, Soziale Unterstützung (Gesamtwert OSS-3 und Gesamtwert BS6) und VN-Zugehörigkeit

Modell 3: *Bedarfsfaktoren* mit den Variablen Tumorentität, HADS-Wert T1 und isPO-Versorgungsstufe

Zur Analyse wurde die Prozedur „Einschluss“ gewählt, sodass alle Variablen direkt in das jeweilige Modell aufgenommen wurden.

Zur Beantwortung der **VL-FS 3a** wurden die Datumsvariablen für die stattgefundenen PSF- und PT-Gespräche zunächst dummykodiert, um dann die Summe der Gespräche pro Patient:in zu berechnen. Es wurden nur jene Patient:innen betrachtet, die ein Jahr isPO-Versorgung durchlaufen haben. Hierfür wurde anhand der Variable „end_dttm_patcase“ gefiltert, die das Enddatum der Versorgung innerhalb des isPO-Programms beschreibt. Die Patient:innen, die anhand des vorliegenden Datensatzes in die Analysen eingeschlossen wurden, sollten bis zum Datenabzug (01.07.2021) ihre einjährige Versorgung (isPO-Interventionszeitraum) abgeschlossen haben. Die Anzahl der PSF- und PT-Gespräche wurde zunächst übergreifend deskriptiv ausgewertet (Mittelwert, Median, Standardabweichung, Minimum, Maximum). Anschließend wurde geprüft, ob die vier VN Unterschiede in den durchschnittlich durchgeführten Gesprächen aufweisen. Hierfür wurde jeweils eine ANOVA für die PSF- und PT-Gespräche gerechnet. Nach der Prüfung der Varianzhomogenität wurde bei signifikanten

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Unterschieden in der Varianz ein robusterer Welch-Test durchgeführt und der Games-Howell-Post-hoc-Test durchgeführt.

Analog zu den Analysen zur Beantwortung der **VL-FS 2c** wurde zur Analyse der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der PSF- und PT-Gespräche (**VL-FS 3b**) das Inanspruchnahmemodell nach Andersen (Andersen 1995) zugrunde gelegt.

Modell 1: *Prädisponierende Faktoren* mit den Variablen Alter (Modell 1a), Geschlecht (Modell 1a), Bildungsstand (Modell 1b)

Modell 2: *Befähigungsfaktoren* mit den Variablen Soziale Unterstützung (Modell 2a), Partnerschaft (Modell 2b), Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen (Modell 2a), Therapeutische Allianz (Modell 2a), Kohärenzsinn (Modell 2a)

Modell 3: *Bedarfsfaktoren* mit den Variablen HADS-Wert T1 (Modell 3a), isPO-Versorgungsstufen 2, 3a und 3b (Modell 3a), Medizinische Behandlung (Modell 3b), Subjektiver Behandlungserfolg (Modell 3b), Komplikationen bei der Behandlung (Modell 3b), Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Modell 3c), Informationsbedürfnisse (Modell 3d), Versorgung unter Corona (Modell 3e), Psychische Vordiagnosen (Modell 3f) und vor isPO in Anspruch genommene psychotherapeutische Leistungen (Modell 3g) oder Verordnungen für psychiatrische Arzneimittel (Modell 3h).

Für alle Analysen der **VL-FS 3b** wurden ebenfalls nur diejenigen Patient:innen betrachtet, die bis Juli 2021 ein Jahr Versorgung in isPO erhalten haben. Mit Ausnahme der Modelle 1b, 2b und 3e wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Zur Analyse wurde die Prozedur „Einschluss“ gewählt. Hierbei wurden die Variablen schrittweise ins Modell hinzugefügt. Dies erfolgte zum einen basierend auf theoretischen Vorannahmen und zum anderen auf zuvor durchgeführten univariaten Analysen.

Die Variable Versorgungsstufe wurde für die Modelle 3a so dummykodiert, dass bei den Analysen für die PSF-Gespräche die Versorgungsstufen 2 (= 1) mit 3b (= 0) und für die PT-Gespräche die Versorgungsstufen 3a (= 1) und 3b (= 0) in die jeweiligen Modelle aufgenommen wurden. Die restlichen Variablen waren intervallskaliert und konnten entsprechend der jeweiligen Skaleninstruktionen aufbereitet werden. Da der ISCED zur Operationalisierung des Bildungsstandes herangezogen wird, wurde durch die Anzahl an Antwortkategorien auf eine Dummykodierung verzichtet und stattdessen eine ANOVA berechnet (Modell 1b), um zu analysieren, ob sich, abhängig vom Bildungsstand, Unterschiede in der Häufigkeit der PSF- bzw. PT-Gespräche erkennen lassen. Methodisch entspricht das Vorgehen hierbei dem Vorgehen der **VL-FS 3a**. Für die Variablen Partnerschaft (Modell 2b) sowie Versorgung unter Corona (Modell 3e) trifft dasselbe zu. Bei Einschluss der Variablen aus dem GKV-Datensatz musste für die Analyse zum Einfluss der Variable zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen vor isPO (vier Quartale vor dem Einschreibungsquartal) auf die Anzahl an PSF-Gesprächen auf eine inferenzstatistische Analyse verzichtet werden. Von den hier 23 vorliegenden Fällen, die PSF-Gespräche in ihrem einjährigen isPO-Versorgungszeitraum wahrnahmen, haben 100 % psychotherapeutische Leistungen vor isPO in Anspruch genommen. Durch die Dummykodierung dieser Variable ist somit die einzig andere Antwortkategorie ‚0‘ nicht besetzt.

Um für die **VL-FS 4a** die Häufigkeit der Gesprächsmodi monatlich darzustellen, wurde zunächst das Format der Datumsvariablen für jedes Gespräch in Monat / Jahr überführt. Sodann wurde die Häufigkeit der Gesprächsmodi nach Monat stratifiziert und für jedes Gespräch addiert. Anhand der Gesamtzahl der Gespräche pro Monat wurde die relative Häufigkeit der Gesprächsmodi ermittelt. Das beschriebene Vorgehen wurde für die PSF- und PT-Gespräche getrennt vorgenommen.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Der Anteil angesichtlich durchgeführter PSF- / PT-Gespräche je Patient:in für die **VL-FS 4b** wurde über eine Dummykodierung des Modus je Gesprächstermin (angesichtlich = 1; alle weiteren Modi = 0), deren Aufsummierung und abschließende Relativierung an der Gesamtanzahl der PSF- / PT-Gespräche je Patient:in berechnet. Für den VN-Vergleich wurde jeweils eine ANOVA durchgeführt.

Eine Stratifizierung der beschriebenen Analysen zu den **VL-FS 1-4** nach den vier VN ist nur dann erfolgt, wenn die Analyse-Cluster mindestens $n = 6$ groß waren. Zeigten sich in den deskriptiven Ergebnissen geringe Teilstichprobengrößen, wurde auf das Berichten der absoluten Häufigkeiten verzichtet und es wurden nur prozentuale Anteile dargestellt.

Alle Analysen (Datenaufbereitung, -linkage, -auswertung) wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 26) durchgeführt. Zur Erstellung von Grafiken wurde zusätzlich Microsoft Excel hinzugezogen.

1.2.2.3.3 Versorgungserfahrungen

Die Versorgungserfahrungen (VE) mit der nVF isPO bilden das vierte Element zur Bewertung der Versorgungsqualität (Abbildung 9: isPO-Versorgungserfahrungen mit Perspektiven und Datenerhebungsmethoden in der summativen Evaluation).

In der Literatur finden sich zur Beschreibung von Patient:innenerfahrungen häufig zwei Domänen: Patient-reported outcome measures (PROMs) und Patient-reported experience measures (PREMs) (Tremblay et al. 2015). Die Domäne der PROMs, also Messungen zu den von Patient:innen empfundenen isPO-Ergebnissen bezüglich Angst und Depressivität, ist in der isPO-Evaluation maßgeblich im primären Outcome durch die HADS-Fragebögen berücksichtigt. Weiterhin werden sekundäre PROMs, wie etwa gesundheitsbezogene Lebensqualität, in den Analysen der quantitativen Primärerhebungen der externen Evaluation berücksichtigt (Kapitel 1.2.2.3.3.2). Daher wird sich in der Ergebnisdarstellung der VE auf individuelle Erfahrungen fokussiert, die sich der Domäne der PREMs zuordnen lassen. Hierunter sind Erhebungen zusammengefasst, die wiedergeben, was Patient:innen während der Versorgung erlebt haben und wie sie diese Versorgung bewerten (Bull et al. 2019; Schembri 2015). Daten zur Versorgungserfahrung (PREMs) spiegeln somit die patient:innenseitig empfundene Versorgungsqualität wider und sind folglich für die Optimierung neuer Interventionen oder deren Evaluation nutzbar (Tremblay et al. 2015; Sandoval et al. 2006). Jedoch sind für die Bewertungen der isPO-Versorgungsqualität (sekundäres Outcome 1) neben den PREMs auch die Erfahrungen jener Personen von Relevanz, welche die Patient:innenversorgung durchführen: der isPO-Versorgenden (z. B. Psychotherapeut:innen) und onkologisch Versorgenden (z. B. Ärzt:innen oder Pflegekräfte). Daher wurden für die Erhebung der isPO-VE Daten aus drei Perspektiven generiert: (1) patient:innenseitig, (2) isPO-versorger:innenseitig und (3) onkologisch-versorger:innenseitig.

In dieser summativen Evaluation wird unter VE also gezeigt: (1) „was“ Patient:innen, isPO-Versorger:innen und onkologische Versorger:innen während der Versorgung erlebt haben (z. B. Förder- und Hemmfaktoren) und (2) „wie“ die nVF isPO von diesen drei Gruppen bewertet wird.

Daraus lassen sich zwei übergeordnete Forschungsfragen ableiten:

- (1) Wie erleben Patient:innen, isPO-Versorger:innen und onkologische Versorger:innen die nVF isPO (Förder- und Hemmfaktoren)?
- (2) Wie bewerten Patient:innen, isPO-Versorger:innen und onkologische Versorger:innen die nVF isPO?

Wie in den anderen Bewertungen zur Versorgungsqualität (sekundäres Outcome 1) findet auch hier das Mixed-Methods-Design (MMD) Anwendung. Ein Überblick über die drei

Perspektiven und Datenerhebungsmethoden zur Bewertung der VE ist Abbildung 9 und im Detail den folgenden Unterkapiteln zu entnehmen.

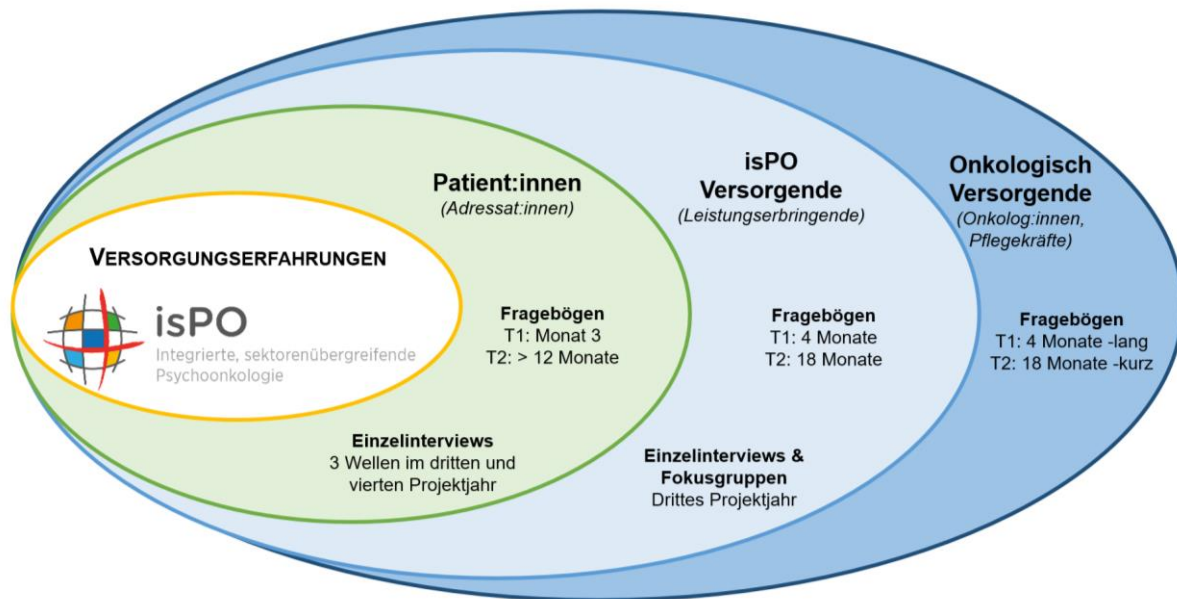


Abbildung 9: isPO-Versorgungserfahrungen mit Perspektiven und Datenerhebungsmethoden in der summativen Evaluation

1.2.2.3.3.1 Einzelinterviews und Fokusgruppen

Die Erhebung qualitativer Daten in den Implementierungs-, Optimierungs- und Normalisierungsphasen (zweites bis viertes Projektjahr (PJ)) des isPO-Programms ist Bestandteil des Mixed-Methods-Designs (MMD) der externen Evaluation. Um ein umfassendes tiefgründiges Verständnis der Wahrnehmungen und Herausforderungen innerhalb dieser Projektphasen zu erlangen, wurden leitfadengestützte, halbstandardisierte Einzelinterviews (EI) sowie Diskussionen mit Fokusgruppen (FG) durchgeführt. Zusätzlich war Ziel der Evaluation, die subjektiven Erfahrungen der unterschiedlichen Personengruppen (Patient:innen und Versorgende) in die Bewertung der Versorgungsqualität (sekundäres Outcome 1) einfließen zu lassen.

Zur Beurteilung der Versorgungsqualität im Rahmen der Komponente der Versorgungserfahrungen der jeweiligen interviewten Zielgruppen werden für den vorliegenden Bericht lediglich die Daten zum dritten und vierten Projektjahr herangezogen. Dies liegt darin begründet, dass im Übergang vom zweiten in das dritte Projektjahr noch iterative Programm-Optimierungsschleifen stattfanden (siehe erster und zweiter formativer Evaluationsbericht). Abbildung 10 liefert eine Orientierung über die durchgeführten FG und EI im gesamten Zeitverlauf seit Beginn der Programm-Implementierung (formative und summative Erhebungen). Eine Übersicht über die Teilnehmenden und das jeweilige Vorgehen für die Erhebungen des dritten und vierten Projektjahres (summative Erhebungen) findet sich sodann in Tabelle 6. Insgesamt wurde für die summative Evaluation qualitatives Datenmaterial aus insgesamt 32 EI und 3 FG herangezogen. Die EI dauerten zwischen knapp 30 Minuten und 90 Minuten, die FG eineinhalb bis drei Stunden. Mit Pandemiebeginn fanden die FG digital per Videokonferenzsystem und die EI telefonisch statt. In den FG wurden zur Visualisierung und Konsensfindung unterstützend zudem eine Power-Point-Präsentation und ein interaktives Jamboard genutzt. Vor der Pandemie fanden die FG und EI entweder in den jeweiligen VN oder in den Räumlichkeiten des evaluierenden Institutes statt. Vereinzelt EI wurden hierbei telefonisch durchgeführt.

Tabelle 6: Darstellung der qualitativen Erhebungen des dritten und vierten Projektjahres

Jahr	Zielgruppe	Art des Interviews	Durchführung
2020	Leitende Psychoonkolog:innen	4 EI*	Telefonisch VN**1: 43 min / VN2: 1h 16 min / VN3: 58 min VN4: 55 min
	Versorgende netzwerkübergreifend	1 FG***	7 Teilnehmende (VN1, VN2, VN3): 1h 13 min Online via Videokonferenzsystem, Power-Point und Jamboard zur Interaktion
	Klinische und koordinierende Leitungsebene netzwerkübergreifend	1 FG	Online via Videokonferenzsystem, Power-Point und Jamboard zur Interaktion 6 Teilnehmende (VN1, VN2, VN3, VN4): 1h 43 min
		1 EI	Online via Videokonferenzsystem, Power-Point und Jamboard zur Interaktion: 55 min (<i>Nacherhebung für eine Person, die aus zeitlichen Gründen nicht an der FG teilnehmen konnte</i>)
	isPO-Onkolots:innen	5 EI	Telefonisch VN1: 1h 24 min / VN2: 59 min / VN2: 59 min VN3: 38 min / VN4: 50 min
		1 FG	Angesichtlich 8 Teilnehmende: 1h 46 min
Patient:innen (1. Welle)	9 EI	Telefonisch VN1: 46 min / VN1: 57 min / VN1: 1h 03 min VN1: 48 min / VN2: 30 min / VN3: 36 min VN3: 36 min / VN4: 1h 04 min / VN4: 36 min	
2021	Patient:innen (2. Welle)	10 EI	Telefonisch VN1: 1h 25 min / VN1: 60 min / VN1: 58 min VN1: 59 min / VN2: 51 min / VN2: 1h 02 min VN3: 36 min / VN3: 1h 14 min / VN4: 31 min VN4: 55 min
	Patient:innen (3. Welle)	4 EI	Telefonisch VN1: 1h 13 min / VN2: 52 min / VN3: 39 min VN4: 59 min

* EI = Einzelinterview(s); ** Versorgungsnetzwerk; *** FG = Fokusgruppe(n)

Interviewleitfäden

Eine Übersicht zu den Themen der unterschiedlichen Leitfäden ist Abbildung 11 zu entnehmen. Auf Versorgungsebene gibt es zwischen den EI und FG thematische Überschneidungen und vereinzelte Leitfragen, die zielgruppenspezifisch sind. Insgesamt wurden mit Hilfe der Leitfragen neben individuellen Bewertungen und Erfahrungen zum Programmkonzept auch Förder- und Hemmfaktoren für die Implementierung des isPO-Programms eruiert. Zudem wurden die interviewten Versorger:innen dazu eingeladen, zu reflektieren, inwiefern sie sich eine potentielle Übernahme in die Regelversorgung vorstellen könnten.

Inhaltlich wurden die Patient:innen thematisch von Beginn der Diagnosestellung hin zum Zugang zur Teilnahme am isPO-Programm bis schließlich zur Beendigung der einjährigen isPO-Versorgung mit den Fragen geleitet. Hierbei galt es auch, mögliche Optimierungsbedarfe und Bewertungen hinsichtlich einer potentiellen Übernahme in die Regelversorgung zu explorieren.

Die vergleichbaren Leitfäden erlaubten es den Evaluator:innen schließlich, u. a. potentielle Förderfaktoren und Barrieren der Implementierung des isPO-Programms sowie eine mögliche Übernahme in die Regelversorgung perspektivenvielfältig im Prozessverlauf zu erfassen.

Datenauswertung

Von allen qualitativen Datenerhebungen wurden Audioaufzeichnungen angefertigt. In der Fokusgruppe wurde zudem der Sprecher:innenwechsel handschriftlich protokolliert. Darüber hinaus wurden die Transkripte der Einzelinterviews und Fokusgruppen primär von zunächst jeweils zwei Evaluator:innen ausgewertet. Das gesamte Evaluatoren:innenteam war sodann in die Datenanalyse involviert.

Zur systematischen Erschließung des Textmaterials ist im Ablauf inhaltlich-strukturierend (Mayring 2015; Mayring and Fenzl 2014) vorgegangen worden. Zunächst wurde auf Basis der Leitfragen (deduktiv) ein Kodiersystem mit Ober- und Unterkategorien entwickelt. Die Transkripte wurden anschließend mithilfe von MAXQDA unabhängig voneinander kodiert. Dabei erfolgte zusätzlich die Ableitung induktiver Kategorien aus dem Material. Die neuen Kategorien wurden diskutiert und daraufhin wurde das endgültige Kategoriensystem konsentiert. Es erfolgte daraufhin eine erneute Kodierung anhand des endgültigen Kategoriensystems. Die zu einer Kategorie zugehörigen Aussagen wurden schließlich inhaltlich verdichtet.

Für den vorliegenden summativen Bericht werden nun diejenigen Kategorien und Inhalte wiedergegeben, die auf übergreifende zentrale Einflussfaktoren sowie Merkmale der isPO-Versorgungsqualität verweisen und die ferner relevant für eine potentielle Übernahme in die Regelversorgung sind. Sonstige Inhalte, die der formativen Evaluation des Implementierungsprozesses zugehörig sind, können dem ersten und zweiten formativen Evaluationsbericht entnommen werden (Krieger et al. 2020; Krieger et al. 2021).

		2020				2021	
Befragungs- gruppe	Patient:innen (1. Welle)	leitende Psycho- onkolog:innen	isPO-Versorgende	Leitungsebene	isPO- Onkolots:innen	Patient:innen (2. Welle)	Patient:innen (3. Welle)
	Themen der Leitfäden	Diagnosestellung	Kommunikation	Bewertung von isPO im bisherigen Projektverlauf	Bewertung von isPO im bisherigen Projektverlauf	Zugang zur Tätigkeit und Schulung	Diagnosestellung
Zugang zum isPO- Programm		Bewertung des Versorgungskonzepts	Umsetzbarkeit in der Normalisierungsphase	Umsetzbarkeit in der Normalisierungsphase	Aufgaben und Erfahrungen	PREM: Behandlungsprozess & Patient:innen- Leistungserbringende- Beziehung	Zugang zum isPO-Programm
	Programmerfahrung	Bewertung der Veränderungen durch isPO	Umsetzbarkeit während der Corona- Pandemie	Umsetzbarkeit während der Corona-Pandemie	isPO-Onkolots:innen- konzeptbewertung	PROM: Patienten-zufriedenheit	Programm-erfahrung unter COVID-19
	Gesamtbewertung	Gesamtbewertung	Voraussetzungen zur Übertragung in die Regelversorgung	Voraussetzungen zur Übertragung in die Regelversorgung	Programmbewertung	Corona	Gesamtbewertung
	Ausblick	Ausblick			Ausblick	Gesamtbewertung	Ausblick

Abbildung 11: Übersicht über die Themen der Interviewleitfäden. (PREM = Patient-reported experiences measure; PROM = Patient-reported outcome measure)

1.2.2.3.3.2 Schriftliche Befragungen von Patient:innen und Mitarbeiter:innen

Datenerhebungen

Innerhalb der Evaluation von isPO wurden sowohl Patient:innen als auch Mitarbeiter:innen schriftlich befragt. Die isPO-Patient:innen wurden drei (T1) und zwölf Monate (T2) nach Studieneinschreibung durch das IMVR befragt, die in den Netzwerken versorgenden isPO-Mitarbeiter:innen sowie die Versorgenden in der Onkologie vier (T1) sowie 18 (T2) Monate nach Versorgungsstart.

Bei allen in den Fragebögen genutzten Kennzahlen handelt es sich sowohl um Neuentwicklungen im Rahmen der Evaluation des isPO-Projekts als auch um validierte Messinstrumente. Zur Nutzung der Fremdskalen wurde das Einverständnis der jeweiligen Autor:innen eingeholt. Instrumente anderer Autor:innen, die nur in englischer Sprache vorlagen, wurden nach folgendem Prozedere übersetzt: Zunächst wurde von drei professionellen Übersetzer:innen jeweils unabhängig eine Übersetzung ins Deutsche angefertigt. Daraufhin wurden von drei weiteren professionellen Übersetzer:innen jeweils unabhängige Rückübersetzungen ins Englische angefertigt. Die Übersetzungen wurden anschließend durch drei wissenschaftliche Mitarbeitende des IMVR unabhängig voneinander begutachtet und bewertet. Die jeweils treffendsten Übersetzungen wurden ausgewählt und ggf. modifiziert. Bei den selbstentwickelten Items handelt es sich überwiegend um Faktenfragen oder spezifische Fragen zur Bewertung des isPO-Programms und seiner Komponenten. In den Anhängen F bis J sind Übersichten zu den genutzten und entwickelten Items sowie Skalen präsentiert.

Patient:innenbefragungen – erster und zweiter Befragungszeitpunkt (T1 & T2)

Ziel der fortlaufenden Patient:innenbefragungen war es, endnutzer:innenseitig die Erfahrungen und Einschätzungen zum Versorgungsprogramm isPO zu erfassen. Zudem sind behandlungsassoziierte und soziodemografische Fragen sowie gesundheitsbezogene patient:innenzentrierte Variablen platziert.

Inhaltlich strukturiert sich der erste Patient:innen-Fragebogen in Fragen zur Versorgung in isPO sowie Fragen zur Gesundheit und Person. Erstere beinhalten Fragen zu Gesprächen mit den versorgenden isPO-Mitarbeiter:innen. Auch bewerten die Patient:innen die Versorgung in isPO sowie die beobachtete Zusammenarbeit zwischen den isPO-Mitarbeiter:innen. Weiterhin werden psychosoziale Informationsbedarfe und die Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote erfasst. Die Fragen zur Gesundheit und Person beziehen sich auf die medizinische Krebsbehandlung, das Mitsprachebedürfnis, die Lebensqualität, die soziale Unterstützung, den Kohärenzsinn, die Arbeitsfähigkeit und die Soziodemographie. Abschließend hatten die Patient:innen in einem Freifeld die Möglichkeit, Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zur Versorgung im isPO-Programm zu machen.

Der Fokus des zweiten Fragebogens liegt auf der Wahrnehmung des isPO-Programms im Laufe der vergangenen Monate sowie dessen abschließender Bewertung durch die Patient:innen. Für die Datenerhebung zur erlebten Versorgung über den gesamten Programmverlauf sind die meisten Frage- und Aussageblöcke sowohl im ersten als auch im zweiten Fragebogen platziert. Im Rückblick auf den gesamten Versorgungsprozess zum Befragungszeitpunkt T2 sind einige Fragenkomplexe dazu teilweise im Wortlaut angepasst. Auch sind zu T2 zwei weitere Freifeld-Antwortoptionen zur Wahrnehmung etwa organisatorischer Probleme in der Versorgung, zum Erleben des isPO-Versorgungsprogramms insgesamt und zur Mitteilung, ob und welche Komplikationen bei der medizinischen Behandlung aufgetreten sind, hinzugekommen.

Im Fragebogen T2 werden die Erfahrungen im Kontakt und in Gesprächen mit der Psychosozialen Fachkraft und mit dem:der Psychotherapeut:in erfragt. Weiterhin sollten die

Patient:innen isPO mittels Ratingskalen zu verschiedenen Aussagen zur Versorgung bewerten. Das Thema der beobachteten Zusammenarbeit wurde in T2 nicht mehr eruiert. Neu aufgenommen hingegen wurden Fragen zu Erwartungserfüllungen. Wie zu T1 folgen Fragen zu Informationsbedarfen und zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote. Sodann wurden abermals Fragen zur Gesundheit, Lebensqualität, sozialen Unterstützung sowie zur Person / Persönlichkeit und dem sogenannten Kohärenzsinn gestellt. T2 schloss mit den Themen Arbeitsfähigkeit, Wiedereingliederung (Rehabilitationsmaßnahmen) und mit soziodemografischen Angaben ab.

Als Einschlusskriterien für die Befragung der Patient:innen galten die in Abschnitt 2.2.1 zu findenden Einschlusskriterien der isPO-Versorgung sowie die Zustimmung zu einer Befragung.

Die logistische und technische Abwicklung der Patient:innenbefragungen fand kontinuierlich über das dem IMVR zugeordnete Trust Center statt. Die dortigen, nicht projektassoziierten Mitarbeiter:innen koordinierten und verwalteten die Datenflüsse, die für die externe Evaluation der Patient:innen-Daten (Fragebögen, Versorgungsdaten aus CAPSYS²⁰²⁰ und GKV-Abrechnungsdaten) nötig sind – bei gleichzeitiger Wahrung des Datenschutzes. Die Netzwerkkoordinator:innen der Versorgungsnetzwerke (VN) sendeten dem Trust Center monatlich eine Liste mit den neu in isPO eingeschriebenen Patient:innen und den jeweiligen Einverständniserklärungen zur Teilnahme an der isPO-Studie zu.

Die Liste enthält die Namen der Patient:innen, Anschriften, Data-Warehouse-Pseudonyme (d. h. das Pseudonym, das bei der Verknüpfung eine Zuordnung zu den CAPSYS²⁰²⁰-Versorgungsdaten zulässt) und Versichertennummern (um im weiteren Verlauf der Evaluation das Einholen und ebenfalls Verknüpfen mit den GKV-Daten zu ermöglichen). Die Namen und Anschriften wurden anschließend vom Trust Center zur Kontaktaufnahme genutzt. Das Trust Center versendete hierbei den Patient:innen-Fragebogen gemeinsam mit der Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Befragung und vorfrankierten Rückumschlägen. Ausgefüllte Fragebögen und Einverständniserklärungen wurden in getrennten Rückumschlägen im Anschluss von den Patient:innen direkt an das Trust Center zurückversendet. Die Patient:innen-Fragebögen wurden durch eine sechsstellige Ziffernfolge pseudonymisiert, sodass eine direkte Verknüpfung mit dem zweiten Fragebogen möglich war. Um eine hohe Rücklaufquote zu erreichen, wurde die Befragung in Anlehnung an die Total Design Method von Dillman (Dillman 1978) durchgeführt, d. h. ging kein ausgefüllter Fragebogen im Trust Center ein, erhielten die Patient:innen nach zwei Wochen eine Erinnerungs-Postkarte und ggf. drei Wochen nach der Postkarte nochmals den Fragebogen mit Einverständniserklärung. Der komplette Ablauf von Versand und Datenübermittlung ist in Abbildung 12 dargestellt.

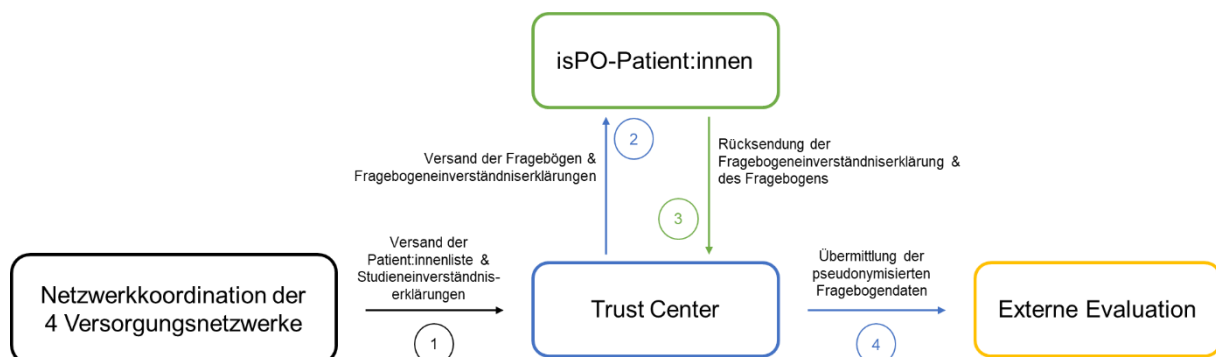


Abbildung 12: Ablauf der isPO-Patient:innenbefragung

Mitarbeiter:innenbefragungen – erster und zweiter Befragungszeitpunkt (T1 & T2)

Ziel der ersten Befragung der isPO-Mitarbeitenden war es, deren persönlichen Meinungen und Einschätzungen zum Versorgungsprogramm sowie deren Haltungen zur isPO-Einführung und Implementierung in die VN zu erfassen. Die Mitarbeiter:innenbefragung inkludierte drei Teilnehmer:innen-Gruppen: (1) die in isPO versorgenden Mitarbeiter:innen wie Psychotherapeut:innen, Psychosoziale Fachkräfte, isPO-Case Manager:innen und isPO-Onkolots:innen (isPO-OL), (2) die in den Zuweisungsprozess involvierten Mitarbeiter:innen wie Stationsärzt:innen, niedergelassene Ärzt:innen, Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte sowie (3) die in der mit isPO assoziierten Verwaltung und im Qualitätsmanagement tätigen Mitarbeiter:innen, z. B. die Netzwerkkoordinator:innen. Die Zugehörigkeit zu diesen Gruppen sowie die Zustimmung zur Befragung dienten in der Mitarbeiter:innenbefragung als Einschlusskriterien.

Mittels der Mitarbeiter:innen-Fragebögen zu T1 & T2 sollten neben Bewertungen zur Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Zufriedenheit mit dem isPO-Programm auch mögliche Barrieren und Förderfaktoren für die Implementierung erhoben werden. Ebenso wurden Kontrollvariablen, wie z. B. die Organisations- und persönliche Veränderungsbereitschaft, das Arbeitsklima und soziodemographische Variablen gemessen. Dazu sind, wie in der Patient:innenbefragung, manche Fragenkomplexe zu T2 dieselben, andere sind im Tempus angepasst und einige Frageblöcke unterscheiden sich. Während es dabei etwa zum ersten Befragungszeitpunkt (T1) um Erwartungen zu isPO ging, stand zu T2 die Erwartungserfüllung im Vordergrund. Ähnlich stehen sich Veränderungsbereitschaft (T1) zu Veränderungen durch das isPO-Programm (T2) sowie Umgang mit Veränderungen (T1) und Umgang mit Feedback (T2) gegenüber. Einschätzungen zur Angemessenheit und Umsetzbarkeit wurden hingegen sowohl zu T1 und als auch zu T2 erfragt, ebenso wie Ressourcen und Unterstützung, Beurteilungen der Arbeitsbedingungen innerhalb des Projektes, Schnittstellen und Zusammenarbeit, Einschätzungen zu CAPSYS²⁰²⁰ und zur psychoonkologischen Betreuung. Zu T2 wurden darüber hinaus die isPO-Qualitätszirkel und das Thema Zuversicht und Bereitschaft thematisiert.

Bei den allgemeinen Fragen zur Arbeit ging es zu beiden Befragungszeitpunkten (T1 & T2) um die Wahrnehmung der Arbeitssituation, Empfindungen sowie Zufriedenheit im Leben und Beruf. Nur zu T1 wurden dazu Einschätzungen zu Qualitätsbewusstsein, Leitlinien, organisationsspezifischem Vertrauen und Arbeitsklima erhoben. In Bezug auf allgemeine Fragen zur Person ging es zu T1 und T2 gleichermaßen um den Kohärenzsinn im Sinne von „Empfindungen im Alltag“, d. h. um aufkommende Gefühle in verschiedenen Situationen. Zu T1 wurden dazu noch Persönlichkeitsmarker und soziodemografische Angaben erfragt. In beiden Fragebögen bestand abschließend die Möglichkeit, in einem Freitextfeld Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge zu isPO und / oder zur psychoonkologischen Versorgung im Allgemeinen zu verschriftlichen.

Da die isPO-OL als ehrenamtlich Tätige weniger in die isPO-Strukturen an den Versorgungsstandorten involviert sind als die anderen isPO-Versorger:innen, erhielten sie eine an ihre Rolle und ihr Arbeitsumfeld angepasste sowie gekürzte Version des Mitarbeiter:innen-Fragebogens. Hierbei wurden sie dazu eingeladen, sich beispielsweise gesondert zu ihren Schulungen und Arbeitsbedingungen, zum isPO-OL-Konzept, zu ihrer Tätigkeit und Zufriedenheit sowie zum Umgang mit Feedback zu äußern. Insbesondere zu T2 wurden isPO-OL-spezifische Items eingesetzt und der Fragebogen wurde so konzipiert, dass dieser nicht nur aktive isPO-OL, sondern auch zertifizierte, aber noch nicht eingesetzte isPO-OL adressiert. Im Rahmen der Überarbeitung des isPO-OL-Fragebogens wurde auch die Rekrutierungsstrategie angepasst. Über den Konsortialpartner Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband (HKSH-BV), der aufgrund der Zertifizierung die Kontaktdaten aller isPO-OL führt, wurde per Mail ein Aufruf zur Teilnahme an der Befragung versendet. Interessierte

sollten sich mit ihrer Postanschrift an das Trust Center wenden (Abbildung 13). Zudem wurde der T2-Fragebogen an alle isPO-OL versendet, die bereits zu T1 teilgenommen haben.

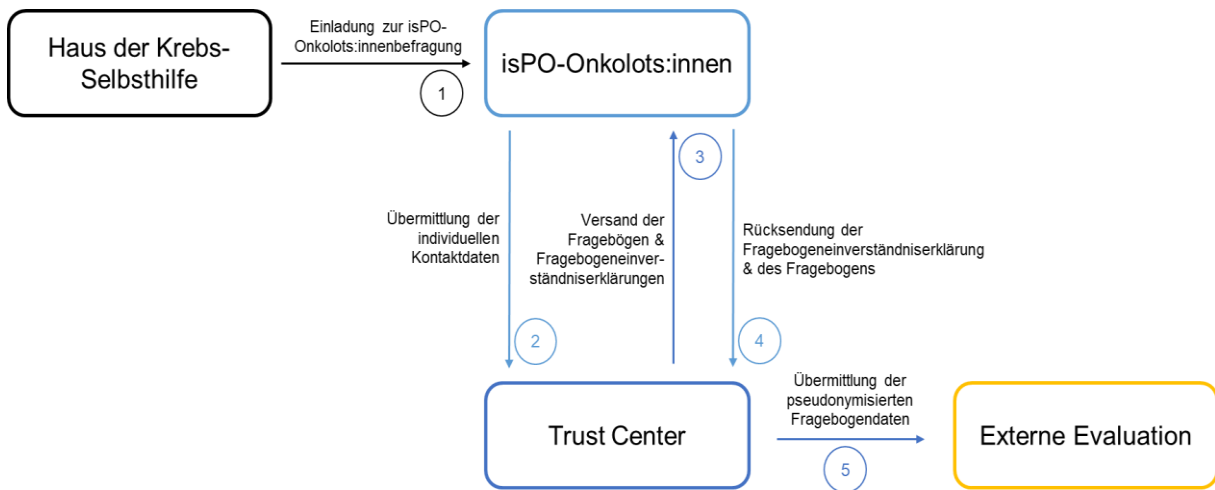


Abbildung 13: Ablauf der isPO-Onkolots:innenbefragung T2

Eine weitere Besonderheit war, dass das medizinische Personal auf den onkologischen Stationen zu T2 einmalig über einen Kurzfragebogen befragt wurde. Dieser wurde im Juni 2020 an die VN verschickt, denn im Rahmen der T1-Befragung zeichnete sich ab, dass der Rücklauf der regulären Mitarbeiter:innenbefragung nicht so hoch war wie erhofft. Gleichzeitig ist für die Evaluation wichtig einzuordnen, ob gerade die Ärzt:innen und Pflegekräfte vom isPO-Programm wissen und wie sie es ggf. bewerten, denn durch ihre Empfehlung, am isPO-Programm teilzunehmen, initiieren sie den Einschreibungsprozess. Um somit den etwaigen zeitlichen Aufwand für die Mitwirkung an der Befragung zu reduzieren und zugleich die wesentlichen Perspektiven eruieren zu können, wurde der Fragebogen für das medizinische und pflegerische Stationspersonal gekürzt und auf die zentralen Themen konzentriert. Erfragt worden ist, ob und wie das medizinische Personal vom isPO-Programm erfahren hat und was ggf. die jeweilige Einschätzung zum isPO-Programm ist. Ferner hatten die Befragten die Möglichkeit, in einem Freitextfeld ihre Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge anzubringen.

Die Fragebögen wurden gemeinsam mit den Einverständniserklärungen und Rückumschlägen durch das IMVR-Trust Center an die jeweilige Netzwerkkoordination der VN versendet. Diese wiederum verteilte die Unterlagen an die jeweiligen Mitarbeiter:innen. Ausgenommen davon sind die niedergelassenen Arztpraxen, die die Fragebögen direkt durch das Trust Center erhielten. Ausgefüllte Fragebögen und Einverständniserklärungen wurden in getrennten vorfrankierten Rückumschlägen direkt an das Trust Center zurückgesendet. So wurde sichergestellt, dass die Netzwerkkoordination keine Kenntnis darüber hat, welche Mitarbeiter:innen an den Befragungen teilnehmen (Abbildung 14).

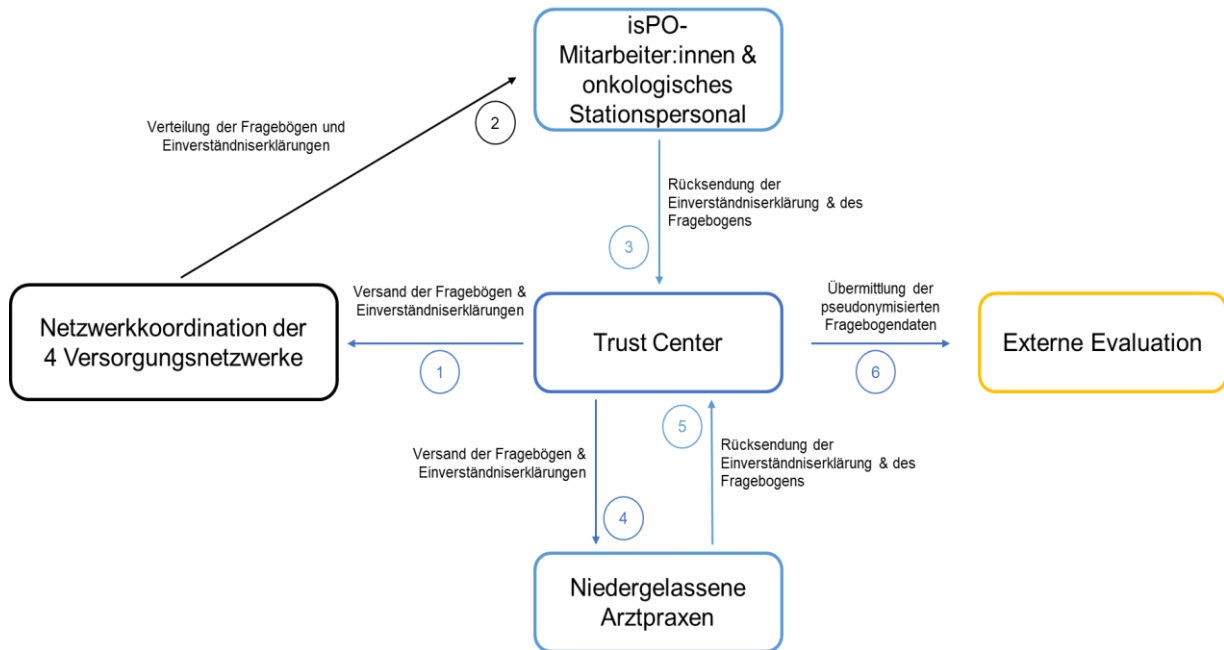


Abbildung 14: Ablauf der isPO-Mitarbeiter:innenbefragung

Die teilnehmenden Mitarbeiter:innen hatten die Möglichkeit, eine Kontaktadresse ihrer Wahl (z. B. Arbeitsplatz oder privat) anzugeben, sodass der Fragebogen zum zweiten Befragungszeitpunkt direkt an diese Adresse verschickt werden konnte und die Netzwerkkoordination auch zu T2 – im Sinne des Datenschutzes – keine Informationen darüber erhielt, wer zum ersten Befragungszeitpunkt teilnahm. Alle Fragebögen sind durch eine sechsstellige Ziffernfolge pseudonymisiert, wobei die erste Ziffer ein Code für das VN darstellt. Somit konnte eine Zuordnung der Fragebögen zum jeweiligen VN und eine Verknüpfung mit dem zweiten Fragebogen erfolgen.

Statistische Analysen

Nachdem in den Berichten zur ersten und zweiten formativen Evaluation (FE 1.0 und FE 2.0) (Krieger et al. 2020; Krieger et al. 2021) die Befragungen ausschließlich deskriptiv ausgewertet wurden, erfolgten für die Bewertung der Versorgungsqualität insbesondere inferenzstatistische Analysen.

Hierzu wurden Zusammenhänge und Einflussfaktoren hinsichtlich der Bewertung des isPO-Programms und des Konzepts betrachtet sowie die beiden Erhebungszeitpunkte T1 und T2 miteinander verglichen. Auf der Basis der Stichprobengröße und entsprechender Voraussetzungsprüfungen wurden geeignete statistische Verfahren ausgewählt und ggf. wurde bspw. auf non-parametrische Verfahren ausgewichen. Subgruppenanalysen, z. B. auf VN-Ebene, wurden nur dann durchgeführt, wenn für die betrachteten Variablen die Clustergröße mindestens $n = 6$ betrug. Zu allen betrachteten Variablen wurden deskriptive Maße zur zentralen Lage und Streuung berechnet. Für die im Nachfolgenden beschriebenen inferenzstatistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ festgelegt.

Folgenden Fragestellungen (FS) wurde nachgegangen:

Patient:innen (P) (s. auch Anhang 24)

P-FS 1a Inwieweit unterscheidet sich der psychosoziale Informationsbedarf zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten?

P-FS 1b Inwieweit unterscheidet sich der psychosoziale Informationsbedarf nach drei Monaten isPO-Versorgung zwischen den Versorgungsstufen und den VN?

P-FS 2 Inwieweit hängt die Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote zu beiden Erhebungszeitpunkten von der Versorgungsstufe und dem VN ab?

P-FS 3a Inwieweit sagen personen- und versorgungsbezogene Faktoren die abschließende Bewertung des isPO-Programms vorher?

P-FS 3b Inwieweit unterscheidet sich die abschließende Bewertung des isPO-Programms zwischen den VN?

P-FS 4a Inwieweit unterscheidet sich die Lebensqualität zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten?

P-FS 4b Inwieweit unterscheidet sich die Lebensqualität zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten hinsichtlich personen- und versorgungsbezogener Faktoren?

P-FS 4c Inwieweit sagen personen- und versorgungsbezogene Faktoren die Lebensqualität zu beiden Erhebungszeitpunkten vorher?

P-FS 4d Inwieweit unterscheidet sich die Lebensqualität zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten hinsichtlich der VN?

P-FS 5a Inwieweit unterscheidet sich die Arbeitsfähigkeit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten?

P-FS 5b Inwieweit unterscheidet sich die Arbeitsfähigkeit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten hinsichtlich personen- und versorgungsbezogener Faktoren?

P-FS 5c Inwieweit sagen personen- und versorgungsbezogene Faktoren die Arbeitsfähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten vorher?

P-FS 5d Inwieweit unterscheidet sich die Arbeitsfähigkeit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten hinsichtlich der VN?

Mitarbeiter:innen (M)

M-FS 1 Inwieweit unterscheidet sich die Akzeptanz von isPO zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten?

M-FS 2 Inwieweit unterscheidet sich die Bewertung der Angemessenheit von isPO zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten?

M-FS 3 Inwieweit unterscheidet sich die Bewertung der Durchführbarkeit von isPO zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten?

M-FS 4 Inwieweit unterscheidet sich die Bewertung des isPO-Programmkonzepts zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten?

M-FS 5a Inwieweit unterscheidet sich die Bewertung von CAPSYS²⁰²⁰ hinsichtlich der *Usability* zwischen den Erhebungszeitpunkten?

M-FS 5b Inwieweit unterscheidet sich die Bewertung von CAPSYS²⁰²⁰ hinsichtlich der Dokumentation und Abrechnung zwischen den Erhebungszeitpunkten?

M-FS 5c Inwieweit unterscheidet sich die Bewertung von CAPSYS²⁰²⁰ hinsichtlich des Aufwands zwischen den Erhebungszeitpunkten?

M-FS 6a Inwieweit hängen die wahrgenommenen Ressourcen (personelle, zeitliche, finanzielle) mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 6b Inwieweit hängen die wahrgenommenen Ressourcen (personelle, zeitliche, finanzielle) mit der Zufriedenheit des Einschreibungsprozesses zusammen?

M-FS 6c Inwieweit hängen die wahrgenommenen Ressourcen (personelle, zeitliche, finanzielle) mit der Zufriedenheit des HADS als Instrument zur Einteilung der Versorgungsstufen zusammen?

M-FS 6d Inwieweit hängen die wahrgenommenen Ressourcen (personelle, zeitliche, finanzielle) mit der wahrgenommenen Bedarfsorientierung in der isPO-Versorgung durch die Versorgungsstufen zusammen?

M-FS 6e Inwieweit hängen die wahrgenommenen Ressourcen (personelle, zeitliche, finanzielle) mit der Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammen?

M-FS 7 Inwieweit hängt das Aufwand-Nutzen-Verhältnis mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 8a Inwieweit hängt die Bewertung des Einschreibungsprozesses mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 8b Inwieweit hängt die Bewertung des HADS zur Einteilung der Versorgungsstufen mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 8c Inwieweit hängt die Bewertung der bedarfsgerechten Versorgung durch die Versorgungsstufen mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 8d Inwieweit hängt die Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 9a Inwieweit hängt die individuelle Wahrnehmung der Arbeit (Effort-Reward, arbeitsbezogener Kohärenzsinn) mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 9b Inwieweit hängen personenbezogene Faktoren (Veränderungsbereitschaft, Persönlichkeit, Risikobereitschaft, Kohärenzsinn) mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 9c Inwieweit hängt das Sozialkapital (Zusammenarbeit, Vertrauensorganisation, soziale Rückendeckung, offene Kommunikationskultur) mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 9d Inwieweit hängen organisationsbezogene Faktoren (organisationale Veränderungsbereitschaft, Innovationsklima) mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 9e Inwieweit hängen die Arbeitsbedingungen in isPO (Informationsbedarf, Planungsdefizite, organisatorischer Aufwand, Einschränkungen durch isPO, Veränderungen durch Arbeitsbedingungen) mit der Bewertung des isPO-Programmkonzepts zusammen?

M-FS 10a Inwieweit hängt die individuelle Wahrnehmung der Arbeit (Effort-Reward, arbeitsbezogener Kohärenzsinn) mit der Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammen?

M-FS 10b Inwieweit hängen personenbezogene Faktoren (Veränderungsbereitschaft, Persönlichkeit, Risikobereitschaft, Kohärenzsinn) mit der Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammen?

M-FS 10c Inwieweit hängt das Sozialkapital (Zusammenarbeit, Vertrauensorganisation, soziale Rückendeckung, offene Kommunikationskultur) mit der Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammen?

M-FS 10d Inwieweit hängen organisationsbezogene Faktoren (organisationale Veränderungsbereitschaft, Innovationsklima) mit der Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammen?

M-FS 10e Inwieweit hängen die Arbeitsbedingungen in isPO (Informationsbedarf, Planungsdefizite, organisatorischer Aufwand, Einschränkungen durch isPO, Veränderungen durch Arbeitsbedingungen) mit der Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammen?

M-FS 11 Wie bewerten die Psychosozialen Fachkräfte (PSF) und Psychotherapeut:innen (PT) die Versorgung der Patient:innen (Zeitpunkt des Erstkontakts, Versorgungskonzept, Behandlungsmanual, Orientierung an Patient:innen-Bedürfnissen, Beziehungsaufbau)?

M-FS 12 Wie werden die Qualitätszirkel bewertet?

M-FS 13 Wie werden die Veränderungen durch das isPO-Programm bewertet?

M-FS 14 Wie zuversichtlich und bereit sind die Mitarbeiter:innen, isPO weiterhin umzusetzen?

M-FS 15 Inwieweit hängen personenbezogenen Faktoren der isPO-OL mit deren Bewertung des isPO-OL-Konzepts zusammen?

M-FS 16 Inwieweit hängen personen- und tätigkeitsbezogene Faktoren der isPO-OL mit deren Zufriedenheit mit der Tätigkeit als isPO-OL zusammen?

M-FS 17 Bestehen beim onkologischen Stationspersonal Informationsbedürfnisse zum isPO-Programm?

M-FS 18 Fühlt sich das onkologische Stationspersonal durch die Arbeit im isPO-Programm in den alltäglichen Arbeitsaufgaben eingeschränkt?

M-FS 19 Inwiefern erachtet das onkologische Stationspersonal das isPO-Programm für die Patient:innen als nützlich?

M-FS 20 Wie bewertet das onkologische Stationspersonal die Umsetzbarkeit des isPO-Programms?

M-FS 21 Wie bewertet das onkologische Stationspersonal das isPO-Programmkonzept?

M-FS 22 Welche Verbesserungsvorschläge oder Anmerkungen hat das onkologische Stationspersonal zum isPO-Programm?

M-FS 23 Inwieweit unterscheidet sich die Bewertung des isPO-Programmkonzepts zwischen den unterschiedlichen Mitarbeitenden (onkologisches Stationspersonal, isPO-Versorgende, isPO-OL)?

M-FS 24 Inwieweit unterscheiden sich die Informationsbedürfnisse zum isPO-Programm zwischen den unterschiedlichen Mitarbeitenden (onkologisches Stationspersonal, isPO-Versorgende, isPO-OL)?

Statistische Analysen – Patient:innenbefragungen

Um den Befragungsdaten weitere notwendige Informationen hinzuzufügen, wurden diese vor der Auswertung anhand des Data-Warehouse-Pseudonyms mit den CAPSYS²⁰²⁰- und den GKV-Daten (Kapitel 1.2.2.2) im Sinne eines exakten Datenlinkages (March et al. 2018) verknüpft.

Die Stichprobencharakteristika wurden jeweils für die Stichproben zu T1 und T2 ausgewertet. Hierzu wurden für das Alter die Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima berechnet. Hinsichtlich des Geschlechts, der Erwerbssituation, des Familienstands und der Wohnsituation wurden die Antworthäufigkeiten betrachtet.

Zur Ermittlung der Unterschiede hinsichtlich psychosozialen Informationsbedarf, Bewertung des isPO-Programms, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten (**P-FS 1a, 3a, 4a, 5a**) wurden t-Tests für abhängige Stichproben berechnet.

Unterschiede zwischen den VN wurden mittels ANOVA überprüft. Wurde die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht erfüllt, wurde die Welch-Statistik herangezogen. Bei signifikanten Ergebnissen wurden zusätzlich Post-hoc-Tests (Tukey-Post-hoc-Test bei Varianzhomogenität, Games-Howell-Post-hoc-Test bei Verletzung der Varianzhomogenität) durchgeführt, um zu identifizieren, zwischen welchen Gruppen die Unterschiede bestehen. Zum psychosozialen Informationsbedarf wurde ausschließlich T1 betrachtet (**P-FS 1b**), da die Informationsvermittlung laut isPO-Versorgungskonzept innerhalb der ersten Monate nach Einschreibung erfolgen soll. Im Sinne einer abschließenden, also summarischen Bewertung des isPO-Programms wurden hierfür die Daten zu T2 herangezogen (**P-FS 3c**). Da für die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit die VN-Unterschiede über die Erhebungszeitpunkte hinweg betrachtet wurden (**P-FS 4d, 5d**), wurden ANOVAs mit Messwiederholung durchgeführt. Gleiches gilt für **P-FS 4b** und **5b**. Diese wurden verwendet, um Unterschiede in der Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten bei nominalskalierten personen- und versorgungsbezogenen Variablen zu prüfen. Für ordinale und metrische Variablen wurden pro Erhebungszeitpunkt multiple lineare Regressionsanalysen durchgeführt (**P-FS 4c, 5c**). Hinsichtlich der Bewertung des isPO-Programms wurde, wie schon für **P-FS 3c**, im Rahmen der Regressionsanalyse nur T2 betrachtet (**P-FS 3b**). Damit für alle analysierten Prädiktoren Informationen zum Einfluss ermittelt werden konnten, wurde als Prozedur „Einschluss“ gewählt.

Für die verschiedenen überprüften Modelle (**P-FS 3b, 4c, 5c**) wurden die Variablen inhaltlich wie folgt strukturiert:

Modell 1: *Soziodemografie* mit den Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit

Modell 2: *Gesundheitszustand* mit den Variablen Tumorentität, Dokumentierte psychische Diagnosen, Versorgungsstufe, Kohärenzsinn, (nur für **P-FS 5c**) HADS T1

Modell 3: *Soziale Ressourcen* mit den Variablen Partnerschaft, Haushalt, Soziale Unterstützung

Modell 4: *Psychoonkologische Versorgung* mit den Variablen Bewertung des isPO-Programms (nur **P-FS 4c** und **5c**), Bewertung des isPO-Case Management-Gesprächs, Inanspruchnahme des isPO-OL-Gesprächs, Bewertung des isPO-OL-Gesprächs, Anteil angesichtlicher Gespräche mit einer PSF, Bewertung der PSF-Gespräche, Anzahl der PSF-Gespräche, Anteil angesichtlicher Gespräche mit einer:m PT, Bewertung der PT-Gespräche, Anzahl der PT-Gespräche

Modell 4 wurde nach den vier Akteur:innen aufgeteilt, da aufgrund der gestuften Versorgung nicht jede:r isPO-Teilnehmer:in mit allen vier Kontakt hatte. Für die **P-FS 4c** und **5c** wurde folgendes weiteres Modell definiert:

Modell 5: *Medizinische Versorgung* mit den Variablen Art der medizinischen Behandlung, subjektive Wahrnehmung der medizinischen Behandlung

Zu **P-FS 5c** wurde zusätzlich ein sechstes Modell zu *arbeitsbezogenen Faktoren* definiert, das die Variablen Art der Arbeit und Erwerbstätigkeit enthält. Folglich enthält Modell 1 für das Kriterium Arbeitsfähigkeit nur die Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsstand.

Die Skala zu weiteren Unterstützungsangeboten (**P-FS 2**) ließ Mehrfachantworten zu, sodass für jedes Item Häufigkeitstabellen mit χ^2 -Tests nach Versorgungsstufe und VN berechnet wurden.

Statistische Analysen – Mitarbeiter:innenbefragungen

Die Stichprobencharakteristika wurden für T1 ausgewertet und enthalten Kennwerte, bei denen davon auszugehen ist, dass sie sich nicht zu T2 verändern. Hierfür werden für den Bildungsabschluss, das Geschlecht, die Dauer der Arbeitstätigkeit (in Jahren) im Tätigkeitsfeld und in der Einrichtung Häufigkeiten berichtet. Zusätzlich werden isPO-spezifische Informationen wie der Umfang, in dem Patient:innen versorgt werden und innerhalb welcher Rolle dies geschieht, dargestellt.

Hinsichtlich der Analysen zu Veränderungen der Kennwerte von T1 zu T2 (**M-FS 1-5c**) wurden nach der Prüfung der Voraussetzungen entweder t-Tests für abhängige Stichproben oder asymptotische Wilcoxon-Tests durchgeführt.

Für die **M-FS 6a-10e** wurden, neben deskriptiven Auswertungen (Median, Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum), für die jeweiligen unabhängigen und abhängigen Variablen Korrelationsanalysen durchgeführt. Hierbei wurde auf den Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten zurückgegriffen. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde von Regressionsanalysen abgesehen.

Die Fragestellungen **M-FS 11-14** beinhalten Kennwerte, die entweder neu zu T2 hinzugekommen sind oder durch spezifische Befragungsgruppen (z. B. nur PSF und PT) ausgefüllt wurden. Hierzu werden Häufigkeiten (absolut und relativ) berichtet.

Hinsichtlich der isPO-OL-spezifischen Analysen wurde für die summative Evaluation ausschließlich der Zeitpunkt T2 betrachtet, da der zugehörige Fragebogen entsprechende Items zum isPO-OL-Konzept und zur isPO-OL-Tätigkeit enthält und ein direkter Vergleich von T1 und T2 nicht möglich ist. Dies liegt daran, dass zu T1 und T2 größtenteils unterschiedliche Personen teilgenommen haben. Aufgrund der geringeren Teilstichprobe der isPO-OL ($n = 17$) wurden non-parametrische Verfahren herangezogen und nur Variablen betrachtet, für die keine fehlenden Werte vorlagen.

Es wurden die Zusammenhänge von Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Dauer der Aktivität in der Krebsselfhilfe und dem isPO-OL-Aktivitätsstatus mit der Bewertung des isPO-OL-Konzepts anhand der Spearman-Korrelation betrachtet (**M-FS 15**).

Ähnlich wurde bei den Analysen zur Tätigkeit als isPO-OL vorgegangen. Hierzu wurden allerdings zunächst jene isPO-OL ausgeschlossen, die angegeben haben, noch nie als isPO-OL eingesetzt worden zu sein ($n = 4$). Für die Korrelationsanalyse zur Zufriedenheit mit der Tätigkeit als isPO-OL wurden sowohl personenbezogene Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Dauer der Aktivität in der Krebsselfhilfe) als auch tätigkeitsbezogene Faktoren (Umfang der Tätigkeit als isPO-OL in Stunden, subjektiv wahrgenommener Umfang, Anzahl der Gespräche, Bewertung der Schulung, weiterer Schulungsbedarf, Erleben der Patient:innenkontakte, Bewertung der Räumlichkeiten, Bewertung der organisatorischen Rahmenbedingungen, Bewertung der Zusammenarbeit mit den isPO-Versorgenden, arbeitsbezogener Kohärenzsinn) betrachtet (**M-FS 16**).

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Für die eigens entwickelten Skalen zur Bewertung des isPO-OL-Konzepts und des Erlebens der Tätigkeit wurde zudem ermittelt, inwieweit jedes Einzelitem mit der korrigierten Item-Skala-Korrelation, also dem Gesamtwert der restlichen Items, zusammenhängt.

Für die **M-FS 17-21** werden die Kennwerte deskriptiv (absolute und prozentuelle Häufigkeiten) dargestellt. **M-FS 22** enthält ein offenes Feld, in dem das onkologische Stationspersonal handschriftlich Rückmeldung geben konnte. Die Rückmeldungen wurden gesammelt und tabellarisch mit Bezug zur Berufsgruppe der jeweiligen Person aufbereitet.

M-FS 23 und **M-FS 24** beschäftigen sich mit Unterschieden in den Bewertungen zwischen der drei Befragungsgruppen der Mitarbeitenden (onkologisches Stationspersonal, isPO-Versorgende und isPO-OL). Hierfür wurden für die Kennwerte zur Bewertung des isPO-Programmkonzepts und der Informationsbedürfnisse die drei Datensätze zusammengeführt. Mittels einer neu erstellten kategorialen Gruppierungsvariable Art der Versorgenden wurden anschließend jeweils einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt. Bei signifikanten Ergebnissen wurde der Tukey-Post-hoc-Test durchgeführt. Bei Verletzung der Annahme zur Varianzhomogenität wurde sich auf die Welch-Statistik bezogen und der Games-Howell-Post-hoc-Test genutzt.

1.2.2.4 Einbindung Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V.

In seiner beratenden Funktion gibt der Konsortialpartner Haus der Krebs-Selbsthilfe Bundesverband e. V. (HKSH-BV) jährlich eine schriftliche Stellungnahme zum isPO-Projekt ab.

Hierin legt das HKSH-BV seine Tätigkeiten und das eigene Rollenverständnis dar. Außerdem bewertet es die nVF isPO sowie das isPO-Projekt aus Patient:innenperspektive. Als Hilfestellung zur Einschätzung des Projektverlaufs und des Reifegrads der isPO-Komponenten erhält das HKSH-BV die Quartals- bzw. Halbjahresberichte der Konsortialpartner über das externe Evaluationsteam und nimmt beobachtend an den regelmäßigen Qualitätsworkshops und Lenkungsausschusssitzungen teil.

Die Stellungnahme des HKSH-BV wird wiederum der externen Evaluation zur Verfügung gestellt. Für den vorliegenden summativen Evaluationsbericht enthält die Stellungnahme neben einer Bewertung des letzten Projektjahres auch eine Gesamteinschätzung des isPO-Projekts.

Im Ergebnisteil ist die abschließende Stellungnahme zusammenfassend wiedergegeben. Zusätzliche Informationen, die für ein tieferes Verständnis der externen Evaluation finden sich in Anhang 24. Die Bewertung des HKSH-BV ist zudem in die Schlussfolgerungen (Kapitel 1.4.1) eingeflossen.

1.3 Ergebnisse der summativen Evaluation

1.3.1 Primäres Outcome (Wirksamkeit)



Worum geht es?

Neben dem Aufbau einer qualitativ hochwertigen, bedarfsorientierten psychoonkologischen Versorgung zielt das isPO-Programm darauf ab, Ängste und Depressionen von Krebspatient:innen innerhalb eines einjährigen Versorgungszeitraums zu reduzieren. Das Ausmaß an Angst und Depression wird als primäres Outcome definiert und mittels der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) gemessen. Dabei werden die Ausprägungen der HADS-Werte zu drei unterschiedlichen Messzeitpunkten (T1, T2, T3) im isPO-Projekt detektiert. Niedrige HADS-Werte stehen dabei für geringe Belastungen und hohe HADS-Werte für stärkere Belastungen.

Die Wirksamkeitsanalysen der gestuften Versorgung werden mit dem Regressions-Diskontinuitäts-Design vorgenommen. Verglichen wird eine Kontroll- mit einer Interventionsgruppe innerhalb eines bestimmten HADS-Wertebereichs (13-16). Patient:innen, die bei Einschreibung in das isPO-Programm einen HADS-Wert von 15 oder 16 aufweisen, werden der Interventionsgruppe zugeordnet und psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgt. Patient:innen, die bei Einschreibung einen HADS-Wert von 13 oder 14 aufweisen, werden der Kontrollgruppe zugeordnet und erhalten eine psychosoziale Versorgung.

Es werden sowohl die Ergebnisse der Wirksamkeitsanalysen als auch die Ergebnisse aus Sekundäranalysen mit Bezug auf die Ausprägung des HADS dargestellt.

Deskriptive Ergebnisse zum HADS

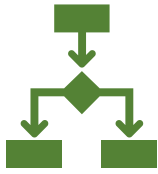
Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Der Mittelwert des HADS liegt zu T1 (bei Einschreibung in das isPO-Programm) über alle Patient:innen hinweg bei 16,31 Punkten. Er sinkt sodann stetig über die Erhebungszeitpunkte. Zu T2 (4 Monate) liegt der Mittelwert bei 14,13 Punkten und zu T3 (12 Monate) bei 13,21 Punkten. Für die Subskalen Angst und Depression zeichnet sich dieselbe Tendenz ab.



Über die drei Erhebungszeitpunkte zeigt sich im gesamten HADS-Wertebereich über alle Patient:innen hinweg, dass sich der prozentuale Anteil an höheren HADS-Punktewerten reduziert, während geringere HADS-Punktewerte häufiger vorkommen. In der RDD-Bandbreite um den Schwellenwert (13-16) jedoch sind in der prozentualen Verteilung kaum Veränderungen über die Zeit ersichtlich.



Die HADS-Mittelwerte zu T1 (Einschreibung der Patient:innen) sind zwischen den Versorgungsnetzwerken (VN) unterschiedlich hoch (zwischen 14,17 und 17,34 Punkten). Bei allen reduziert sich der Mittelwert über die Zeit, jedoch in unterschiedlichem Maße (zwischen 1,51 und 3,56 Punkten).



Die Veränderung des HADS-Mittelwerts über die Zeit zeigt sich zwischen den Versorgungsstufen unterschiedlich. Bei Patient:innen der Stufen 3a und 3b (psychoonkologisch-psychotherapeutisch Versorgte) sinkt der HADS-Wert stetig. Bei Patient:innen der Stufen 1 (lediglich ein Informationsgespräch) und 2 (psychosozial Versorgte) stagniert oder steigt der HADS-Wert über die Zeit.



Für den RDD-Bereich gilt: 202 Patient:innen mit vollständiger Versorgung über 12 Monate (T1 bis T3) liegen in der HADS-Bandbreite 13-16. Etwa zwei Drittel der Patient:innen wurden in VN 1 versorgt.

Der Mittelwert für die Interventionsgruppe liegt zu T1 bei 15,45 Punkten und sinkt zu T2 auf 12,73 Punkte. Zu T3 steigt er sodann leicht an und liegt bei 13,04 Punkten.

Der Mittelwert der Kontrollgruppe liegt zu T1 bei 13,48 Punkten und sinkt zu T2 auf 12,98 Punkte. Damit liegt er oberhalb des Mittelwerts der Interventionsgruppe. Zu T3 sinkt jener Mittelwert nochmals auf 12,06.

Bei beiden Gruppen sinkt der HADS-Mittelwert demnach von T1 zu T2 bzw. T1 zu T3.



Was ist die Quintessenz?

Der HADS-Mittelwert sinkt unter Betrachtung der Gesamtstichprobe stetig zu T2 und T3. Dazu zeigen sich Unterschiede in der Veränderung des HADS zwischen den VN und Versorgungsstufen.

Psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgte Patient:innen (Stufe 3a und 3b) weisen über die Zeit eine Reduktion im HADS auf, d. h. sie sind weniger belastet als zu T1. Patient:innen der Stufen 1 und 2, die ein Informationsgespräch erhalten und / oder psychosozial versorgt wurden, weisen hingegen stagnierende und steigende HADS-Mittelwerte über die Zeit auf. Ihre Belastung bleibt also gleich oder steigt an. Somit scheinen höher belastete und psychoonkologisch-therapeutisch versorgte Patient:innen mehr vom isPO-Programm zu profitieren.

Weiterhin zeigen sich leichte Unterschiede in den HADS-Mittelwerten sowie der Veränderung der Mittelwerte über die Zeit zwischen den VN. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Verteilungen der Versorgungsstufen zwischen den VN signifikant unterscheiden und dass höher Belastete größere Veränderungen aufweisen.

Sowohl der HADS-Mittelwert der Kontroll- als auch jener der Interventionsgruppe sinkt zu T2 und zu T3. Der HADS-Mittelwert der Interventionsgruppe sinkt zu T2 sogar leicht unterhalb des HADS-Mittelwertes der Kontrollgruppe. Dies deutet darauf hin, dass psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgte Patient:innen besonders in den ersten vier Monaten vom isPO-Programm profitieren. Zu T3 liegt der HADS-Mittelwert der Interventionsgruppe wieder leicht oberhalb des Mittelwertes der Kontrollgruppe (s. Anhang XXIV).

Wirksamkeitsanalyse mittels RDD



Worum geht es?

Für die RDD-Analysen wurden Patient:innen eingeschlossen, die ihre einjährige Versorgung in isPO bis März 2022 abgeschlossen haben und zu T1 innerhalb der HADS-Punktebandbreite von 13-16 liegen. Hierbei bilden Personen mit Punktwerten von 13-14 die Kontrollgruppe (psychosoziale Versorgung auf Versorgungsstufe 2) und Personen mit Punktwerten von 15-16 die Interventionsgruppe (psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung auf Versorgungsstufe 3a).

Für den Wirksamkeitsnachweis (d. h. Interventionseffekt) im Sinne des RDD muss die Verringerung der Angst und Depression, gemessen an den HADS-Werten, in der Interventionsgruppe deutlich stärker sein als in der Kontrollgruppe. Dies wird grafisch anhand von Regressionsgeraden dargestellt. Kommt es an einem Schwellenwert (hier HADS = 14,5) zu einem signifikanten „Sprung“ der Geraden nach unten, deutet dies auf eine Reduktion der HADS-Werte hin und kann als Interventionseffekt interpretiert werden. Im Fall von isPO kann also dann von einer Wirksamkeit der psychoonkologisch-therapeutischen Intervention im Vergleich zur psychosozialen Versorgung gesprochen werden, wenn Angst und Depression in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch nachweisbar geringer ausgeprägt sind.

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?

Für die Befragungszeitpunkte T1 und T2 zeigt sich im RDD, dass kein signifikanter Sprung der Regressionsgeraden zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe nachweisbar ist. Die Regressionsgerade der Interventionsgruppe liegt leicht unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe (0,21 Punkte).

Die Regressionsgerade der Interventionsgruppe weist dazu eine flache positive Steigung auf. Dies deutet darauf hin, dass Personen innerhalb der Interventionsgruppe mit einem höheren HADS T1 von 16 mehr von der Intervention profitieren, als Personen mit einem HADS-T1-Wert von 15. Die Regressionsgerade der Kontrollgruppe ist sehr flach. Dies weist ebenfalls darauf hin, dass Personen mit einem HADS-T1-Wert von 14 im Vergleich zu Personen mit einem HADS-T1-Wert von 13 scheinbar mehr vom isPO-Programm profitieren.



Für die Befragungszeitpunkte T1 und T3 zeigt sich ebenfalls, dass kein signifikanter Sprung der Regressionsgerade zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe nachweisbar ist. Die Regressionsgerade der Interventionsgruppe liegt leicht oberhalb der Geraden der Kontrollgruppe (0,68 Punkte).

Ähnlich wie in den Analysen für T2 weisen die Regressionsgeraden Steigungen auf, die darauf hinweisen, dass Personen mit höheren HADS-T1-Werten (z. B. 16 oder 14) jeweils mehr vom isPO-Programm profitieren, als Personen mit einem niedrigeren HADS-Wert (z. B. 15 oder 13).



Was ist die Quintessenz?

Mittels der RDD-Analysen zeigen sich für die Interventionsgruppe (Punktbandbreite 15-16) und die Kontrollgruppe (Punktbandbreite 13-14) keine signifikanten Interventionseffekte für die Veränderung des HADS-Wertes von T1 zu T2 bzw. T1 zu T3.

Von T1 zu T2 scheint sich die Interventionsgruppe einem signifikanten Effekt anzunähern, da die Regressionsgerade unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe liegt.

Die unterschiedlichen Steigungen der Regressionsgeraden der Gruppen (Kontrolle und Intervention) lassen Interaktionseffekte vermuten. Patient:innen, die innerhalb ihrer Gruppe jeweils einen höheren HADS-Punktwert haben (also 16 bzw. 14), weisen über die Zeit häufiger eine Reduktion im Belastungserleben, d. h. einen niedrigeren HADS-Punktwert auf.

Demnach scheint es innerhalb der RDD-Punktbandbreite HADS 13-16 über den einjährigen Versorgungszeitraum keinen signifikanten Unterschied zu machen, ob Patient:innen psychosozial oder psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgt werden. Methodisch limitierend kann die verhältnismäßig kleine Stichprobengröße mit $n = 202$ (Kontrollgruppe = 94 Patient:innen und Interventionsgruppe = 108 Patient:innen) sein und dass beide Gruppen eine gestufte Versorgung erhalten haben. Zudem wäre ein Interventionseffekt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die gar keine psychoonkologische Versorgung erhielt, nicht auszuschließen. Möglich ist auch, dass beide Gruppen genau entsprechend ihres Bedarfs versorgt werden konnten und gerade deswegen kein Interventionseffekt sichtbar geworden ist (s. Anhang XXIV).

Sekundäre Analysen zum primären Outcome



Worum geht es?

Über die RDD-Hauptanalysen hinaus wurden weitere RDD-Analysen zu Unterschieden zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe in Bezug auf die HADS-Subskalen Angst und Depression sowie auf den Einschreibungszeitraum durchgeführt.

Zudem wurden über die gesamte HADS-Bandbreite gemischte Modelle gerechnet, um mögliche personen- oder versorgungsbedingte Einflussfaktoren auf den HADS aufzuzeigen. Diese Analysen basieren alleinig auf den CAPSYS²⁰²⁰-Versorgungsdaten.

Mit diesen wiederum wurden zusätzlich die Daten der Patient:innenbefragung verknüpft, um neben weiteren personenbezogenen Einflussfaktoren auch den Einfluss der Bewertung der Versorgungsqualität auf den HADS zu untersuchen.

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Für die Subskala HADS-Angst zeigt sich weder für die Befragungszeitpunkte T1 zu T2 noch T1 zu T3 ein signifikanter Unterschied im Sprung zwischen den Regressionsgeraden (Interventionseffekt). Die Gerade der Interventionsgruppe liegt jeweils leicht über der Geraden der Kontrollgruppe (0,32 und 0,66 Punkte). Die Regressionssteigungen deuten auf weitere Einflussfaktoren hin.

Für die Subskala HADS-Depression zeigt sich weder für die Befragungszeitpunkte T1 zu T2 noch T1 zu T3 ein signifikanter Unterschied im Sprung zwischen den Regressionsgeraden. Allerdings liegt in beiden Analysen die Regressionsgerade der Interventionsgruppe unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe (0,9 und 0,64 Punkte). Die Regressionssteigungen verweisen auf weitere Einflussfaktoren.



Beim Vergleich der Kontroll- zur Interventionsgruppe deuten weitere RDD-Analysen auf Einflussfaktoren hin, die abhängig davon zu sein scheinen, in welcher Phase der Implementierung Patient:innen versorgt wurden.

Patient:innen mit höheren HADS-T1-Werten der Interventionsgruppe (HADS-T1 = 16), die im ersten Implementierungsjahr versorgt worden sind, scheinen deutlich mehr von isPO profitiert zu haben. Hingegen profitierten in der Kontrollgruppe tendenziell niedriger belastete Patient:innen (HADS-T1-Wert = 13) mehr von isPO. Zudem liegt die Regressionsgerade der Interventionsgruppe oberhalb der Geraden der Kontrollgruppe.

Im zweiten Implementierungsjahr (in komplexen Interventionen normalerweise die Normalisierungsphase) begann die COVID-19-Pandemie. Die Patient:innen, die innerhalb dieser Phase und damit teilweise unter Pandemiebedingungen versorgt wurden, weisen umgekehrte Interaktionseffekte im Vergleich zu Patient:innen auf, die im ersten Implementierungsjahr versorgt wurden. In der Interventionsgruppe scheinen niedrig Belastete (HADS-T1 = 15) etwas mehr von isPO zu profitieren. In der Kontrollgruppe scheinen sich niedrig Belastete (HADS-T1 = 13) verschlechtert zu haben, während der Wert höher Belasteter (HADS-T1 = 14) über die Zeit leicht sinkt. Zudem liegt die Regressionsgerade der Interventionsgruppe oberhalb der Geraden der Kontrollgruppe.

Für die Kontroll- und Interventionsgruppe mit Patient:innen, die sodann durchgehend unter pandemischen Bedingungen versorgt wurden (Einschreibung seit März 2020 und Beginn der Normalisierungsphase), lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Regressionssteigungen ebenfalls Interaktionseffekte vermuten. In der Interventionsgruppe scheinen niedrig (HADS-T1 = 15) und höher (HADS-T1 = 16) Belastete gleichermaßen von isPO zu profitieren. In der Kontrollgruppe scheinen sich höher Belastete (HADS-T1 = 14) etwas mehr als niedrig Belastete (HADS-T1 = 13) verbessert zu haben. Die Regressionsgerade der Interventionsgruppe liegt seither unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe (0,9 Punkte).

Keine der Analysen zeigt jedoch signifikante Unterschiede im Sprung zwischen den Regressionsgeraden.



Der berichtete (körperliche) Gesundheitszustand über die Zeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu T1 haben einen signifikanten Einfluss auf den HADS über die Zeit. Je besser der Gesundheitszustand und je höher die gesundheitsbezogene Lebensqualität, desto geringer ist der HADS (sinkende Belastung).

Weiterhin zeigt sich signifikant: Je besser die Befragten ihren Gesundheitsstatus sowie ihre körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit einschätzten, desto niedriger die HADS-Werte (sinkende Belastung). Bestimmte Nebenwirkungen der Krebstherapie (Schlaflosigkeit, Fatigue und Appetitmangel) führen zu höheren HADS-Werten (steigende Belastung).



Subjektiv wahrgenommene:r Behandlungserfolg und -fehler haben einen signifikanten Einfluss auf den HADS-T3-Wert. Je besser der Erfolg bzw. je weniger Fehler wahrgenommen werden, desto niedriger ist der HADS-Wert am Ende der isPO-Versorgung.

Die Art der Tumorbehandlung scheint die Ausprägung des HADS zu beeinflussen. Personen, die eine Hormontherapie erhalten, haben niedrigere HADS-Werte als diejenigen, die keine erhalten. Personen, die eine Chemotherapie erhalten, haben höhere HADS-Werte als diejenigen, die keine erhalten.



Der von den Patient:innen subjektiv wahrgenommene Hilfebedarf hat einen signifikanten positiven Einfluss auf den HADS über die Zeit. Je größer der Hilfebedarf, desto höher der HADS.

Das Vorliegen psychosozialer Informationsbedarfe hat einen signifikanten Einfluss auf den HADS-Wert zu T3. Bei Vorliegen von Informationsbedarfen zu sozialen Fragen, Gesundheitsförderung, Hilfe und Betreuung zu Hause, Beratung und Betreuung Angehöriger und Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung liegt ein höherer HADS-Wert vor (höhere Belastung).

Patient:innen, deren finanzielle Sicherheit durch die Krebserkrankung gefährdet ist (da sie nicht arbeitsfähig sind), haben einen signifikant höheren HADS über die Zeit.

Diejenigen, die eine Rehabilitation in Anspruch nahmen, hatten einen signifikant höheren HADS-T3-Wert, waren also belasteter. Patient:innen, die hierbei bewerteten, dass die Rehabilitation ihnen im Umgang mit ihrer Situation geholfen habe, wiesen einen signifikant niedrigeren HADS-T3-Wert auf (geringere Belastung) als diejenigen, die dies nicht so erlebten.



Es zeigen sich Unterschiede zwischen den VN in Bezug auf die Veränderung des HADS über die Zeit.



Die Rolle der durchführenden Person und die Dauer des Informationsgesprächs, welches durch eine:n isPO-Onkolots:in (isPO-OL) oder das isPO-Case Management (isPO-CM) durchgeführt und allen Patient:innen angeboten wird, haben einen signifikanten Einfluss auf den HADS über die Zeit.

Dabei haben Personen mit höherer Belastung eher das Gespräch mit einem:r isPO-OL anstelle des isPO-CM in Anspruch genommen. Außerdem war der HADS über die Zeit bei jenen Patient:innen geringer, deren isPO-OL-Gespräch länger dauerte.

Je höher die subjektive Zufriedenheit sowohl mit dem isPO-OL-Gespräch als auch mit dem Kontakt zum isPO-CM, desto signifikant niedriger der HADS zu T2 und T3 (d. h. mit steigender Zufriedenheit sinkt die Belastung).



Die Anzahl der Beratungen durch die Psychosoziale Fachkraft (PSF-Beratungen) sowie die durchschnittliche Dauer der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Gespräche (PT-Gespräche) hat einen signifikanten Einfluss auf den HADS über die Zeit.

Patient:innen mit acht und mehr PSF-Beratungen wiesen eine höhere Belastung über die Zeit auf. Patient:innen, die längere PT-Gespräche in Anspruch nahmen, wiesen eine geringere Belastung über die Zeit auf.

Bei steigender Zufriedenheit mit den PSF-Beratungen sinkt der HADS zu T2 und T3.

Je zufriedener die Patient:innen bezüglich der Bedarfsorientierung mit der isPO-Versorgungsqualität und Häufigkeit von Gesprächen sind, desto signifikant niedriger der HADS zu T3.



Weitere patient:innenbezogene Variablen, wie die Persönlichkeitsstruktur, die soziale Unterstützung und die Ausprägung des Kohärenzsinn, wirken signifikant auf den HADS zu T2 und T3.

Je höher die soziale Unterstützung der Patient:innen, desto signifikant geringer der HADS-T2- und -T3-Wert (Reduktion der Belastung).

Je höher der Kohärenzsinn ausgeprägt ist, hierbei besonders die Subskala Verstehbarkeit, desto niedriger der HADS-T2- und -T3-Wert (Reduktion der Belastung).

Je höher der Neurotizismus ausgeprägt ist, desto höher sind die T2- und T3-HADS-Werte (steigende Belastung) und je höher die Extraversion ausgeprägt ist, desto niedriger die HADS-Werte zu T2 und T3 (sinkende Belastung).



Insgesamt zeigt sich über alle gerechneten gemischten Modelle mit unterschiedlichen Einflussvariablen (Prädiktoren) hinweg, dass der HADS-Wert zu T1 einen signifikanten positiven Einfluss auf die HADS-Werte im Zeitverlauf hat. Je höher der HADS zu T1 ist, desto höher ist auch der HADS über die Zeit.

Über viele Modelle hinweg zeigt sich auch, dass der Unterschied des HADS Marginal Mean von T2 und T3 für die Gruppe mit HADS ≥ 15 signifikant ist, nicht aber für die HADS-Gruppe ≤ 14 . Hierbei ist in der Gruppe HADS ≥ 15 , d. h. der höher Belasteten, der HADS zu T3 signifikant niedriger als zu T2.



Was ist die Quintessenz?

Die Veränderung des HADS über die Zeit scheint in der Kontroll- und Interventionsgruppe weiteren Faktoren unterlegen zu haben.

Zum einen zeigen sich im Rahmen der RDD-Analysen unterschiedliche Sprünge in den Regressionsgeraden in Abhängigkeit davon, ob in der frühen oder in der späteren Implementierungsphase versorgt wurde. Seit Pandemiebeginn im März 2020 (annähernd Normalisierungsphase) liegt die Regressionsgerade der Interventionsgruppe erstmalig unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe und nähert sich damit einem Interventionseffekt an. Für die Patient:innenkohorten vor März 2020 (frühe Implementierungsphase) ist dies nicht der Fall, weil die Sprünge der Regressionsgeraden in die entgegengesetzte Richtung weisen.

Auch scheint es unterschiedliche Veränderungstendenzen zwischen den Subskalen Angst und Depression zu geben. Der Sprung zwischen den Regressionsgeraden nähert sich bei Depression einem Interventionseffekt an (Sprung nach unten). Bei Angst liegt die Regressionsgerade der Interventionsgruppe oberhalb der Geraden der Kontrollgruppe (Sprung nach oben).

Ferner zeigt sich in unterschiedlichen Analysenverfahren, dass höher belastete Patient:innen mehr vom isPO-Programm profitieren.

Die Behandlungsart und die subjektive Wahrnehmung der Behandlung (Erfolg, Fehler) wirken sich positiv auf das Belastungserleben aus. Auch scheint es einen Unterschied zu machen, in welchem VN man versorgt wird. Der subjektiv wahrgenommene Gesundheitsstatus und die gesundheitsbezogene Lebensqualität hängen ebenfalls begünstigend mit den HADS-Werten zusammen.

Je höher der individuelle Informations- und Hilfebedarf der Patient:innen, desto stärker belastet sind sie. Gleichzeitig zeigt sich: Je besser die Bedarfsorientierung der Versorgung in isPO bewertet wird, desto niedriger der HADS zu T3. Umso wichtiger ist es, dass Patient:innenbedarfe erkannt und Patient:innen dementsprechend versorgt werden.

Die Zufriedenheit mit der Versorgung durch die Psychosozialen Fachkräfte und Psychotherapeut:innen (Dauer der Gespräche und Gesprächshäufigkeit) wirkt sich über die Zeit positiv auf den HADS aus. Dies unterstreicht die Ergebnisse zur Veränderungsrate höher belasteter Patient:innen, die aus den Analysen der Versorgungsintegrität hervorgehen (siehe Anhang XXIV).

Das Informationsgespräch mit den isPO-OL und isPO-CM wirkt sich auf den Belastungsgrad der Patient:innen aus. Je zufriedener die Patient:innen mit dem Kontakt zu den isPO-OL und zu den isPO-CM sind, desto niedriger ihre Belastung (HADS). Zudem scheinen höher Belastete eine höhere Akzeptanz gegenüber den isPO-OL aufzuweisen, da sie häufiger das Informationsgespräch bei diesen in Anspruch nehmen.

Insgesamt zeigt sich, dass es viele Einflussfaktoren auf die Veränderung des HADS über die Zeit gibt. Sowohl biomedizinisch behandlungsbedingte Faktoren, patient:innenassoziierte Merkmale (z. B. Persönlichkeit, soziale Unterstützung, finanzielle Sicherheit, etc.), individuelle Belastungsgrade, isPO-versorgungsbedingte Faktoren (Versorgungsqualität) als auch die Projektphase, in der die Patient:innen versorgt wurden (Ausreifungsgrad der nVF), beeinflussen den HADS. Dies ist hinsichtlich der Interpretation der Wirksamkeitsanalysen unbedingt zu berücksichtigen (s. Anhang XXIV).

1.3.2 Sekundäres Outcome (Versorgungsqualität)

Die Versorgungsqualität von isPO ist hinsichtlich der vier Kategorien Versorgungsstruktur, -prozesse und -ergebnisse sowie -erfahrungen evaluiert worden (Abbildung 7). Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse zu diesen Dimensionen der Versorgungsqualität zusammengefasst dargestellt.



Wiederholte Darstellung der Abbildung 7. Kategorien der Versorgungsqualität in der summativen Evaluation von isPO

Die interne Evaluation der Versorgungsintegrität und Programmadhärenz wurde durch die Konsortialpartner IMSB bzw. IGKE vorgenommen und jeweils als Bericht bei den externen Evaluators:innen eingereicht. Auch hierzu finden sich nachfolgend die entsprechenden Zusammenfassungen.

Alle anderen Evaluationsergebnisse zur Versorgungsqualität sind Resultate der externen Evaluation. Dabei sind, im Unterschied zu den drei HADS-Erhebungszeitpunkten zum primären Outcome, zwei Erhebungszeitpunkte bei den schriftlichen Evaluationsbefragungen relevant. Die isPO-Patient:innen sind drei (T1) und zwölf Monate (T2) nach Studieneinschreibung durch das IMVR befragt worden, die isPO-Versorgenden und onkologisch Versorgenden hingegen vier (T1) und 18 (T2) Monate nach Versorgungsbeginn. Die qualitativen Erhebungen wurden fortlaufend durchgeführt.

Versorgungsstruktur



Was ist damit gemeint?

Die Qualität der Versorgungsstruktur bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, unter denen die nVF isPO erbracht wird. So werden beispielsweise die Regeln sowie Organisationsstrukturen der nVF isPO dargelegt und bewertet.

Dazu werden in dieser Evaluation maßgeblich die Verfügbarkeit der isPO-Produkte, deren Reifegradbewertung sowie die Ausgestaltung des in isPO entwickelten IT-gestützten Dokumentations- und Assistenzsystems (CAPSYS²⁰²⁰) herangezogen.

Alle Produkte sollen schließlich in CAPSYS²⁰²⁰ hinterlegt sein. CAPSYS²⁰²⁰ bildet die übergreifende Struktur der Versorgung ab und soll Versorgende durch Programmabläufe führen.

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Insgesamt sind acht isPO-Produkte von den verantwortlichen Konsortialpartnern entwickelt, in der Versorgungsrealität erprobt und verschriftlicht worden:

1. isPO-Versorgungskonzept, inkl. Behandlungsmanual für Versorgungsstufe 3
2. Praxisbewährtes isPO-Versorgungsmanual
3. Praxisbewährtes Netzwerkkonzept
4. Praxisbewährtes CAPSYS²⁰²⁰-Handbuch
5. Qualitätsmanagement-Handbuch
6. Partizipatives Qualitätsentwicklungskonzept
7. Prozessmanagement-Manual
8. Versorgungsmanagementstruktur und damit verknüpfte Versorgungspfade, das Handbuch Auswahl- und Ausführungsempfehlungen und SOPs

Die isPO-Produkte wiesen bei ihrer Evaluation im dritten Projektjahr bereits einen hohen Ausreifungsgrad auf, welcher jedoch zwischen den unterschiedlichen Produkten variierte.

Alle Produkterstellenden nahmen nach den Rückmeldungen der externen Evaluation die Möglichkeit wahr, ihre Produkte weiter zu optimieren oder noch fehlende Elemente einzufügen (z. B. Verlinkungen). Die finalen Produkte sind nun in CAPSYS²⁰²⁰ in ihrer finalen, ausgereiften Form verfügbar.



CAPSYS²⁰²⁰ befindet sich in einem reifen Zustand. Kleine Optimierungsmöglichkeiten sind noch sichtbar, beeinflussen aber nicht die Leistungsfähigkeit.



Was ist die Quintessenz?

Mit CAPSYS²⁰²⁰ ist ein Novum für die Versorgungsstruktur geschaffen worden, welches die leitliniengerechte Versorgung, die strukturierte Datenerfassung sowie das netzwerkinterne und -übergreifende Qualitätsmanagement der nVF isPO ermöglicht.

Mit diesem integrierten Assistenzsystem, in welchem alle Produkte (z. B. Pfade, Konzepte, Manuale) hinterlegt sind, können isPO-Leistungserbringer:innen an jedem Ort und zur selben Zeit die Versorgung in gleicher Qualität anbieten. Mit CAPSYS²⁰²⁰ können somit Sektorengrenzen überwunden und Versorgungsabbrüche vermieden werden (s. Anhang XXIV).

Versorgungsprozesse und -ergebnisse

Versorgungsintegrität

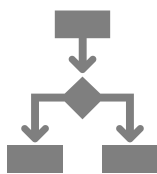


Was ist damit gemeint?

In Bezug auf neue Versorgungsformen wird betrachtet, ob Interventionen des Versorgungsprogramms so umgesetzt worden sind, wie sie bei der Planung vorgesehen waren. Die Versorgungsintegrität erfasst weiterhin, wie adäquat die Umsetzung durch die Versorger:innen stattfand.

Für das isPO-Programm stehen folgende Aspekte im Fokus: Adäquate Umsetzung 1) der Stufeneinteilung und Erhebung des primären Outcomes sowie 2) der Interventionen und deren Passfähigkeit. Weiterhin wird detektiert, ob 3) die Behandlungsmodule sowie Maßnahmen Einflüsse auf das primäre Outcome haben, 4) die Anzahl der Gespräche mit Versorgenden das primäre Outcome beeinflusst und 5) eine klinische und statistische Veränderung beim primären Outcome erkennbar ist.

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Die Patient:innen wurden anhand der HADS-Schwellenwerte adäquat in die Versorgungsstufen zugeteilt. Es zeigten sich hierbei keine Abweichungen.

In Bezug auf die differenzierte Stufeneinteilung (Stufe 2 bzw. Stufe 3a oder 3b) inklusive des Psychosoziale Risiken-Fragebogens (PSR) zeigten sich nur geringfügige Abweichungen.

Lediglich wenige Patient:innen erhielten Leistungen (PT- oder PSF-Gespräche), die aufgrund der Stufenzuteilung nicht indiziert gewesen wären.



In mehr als 60 % der Fälle lagen die Ausfüllzeitpunkte der HADS-Fragebögen über alle Versorgungsstufen und Zeitpunkte hinweg im Soll-Bereich. Hierbei zeigten sich stufenspezifische Unterschiede. Im Mittel (T2: im 3,5-3,8 Monat; T3: im 12,2-12,3 Monat) entsprechen die Ausfüllzeitpunkte dem Studien- bzw. Versorgungsdesign.





Im Mittel nehmen komplex versorgte Patient:innen der Stufe 3b mehr PT-Gespräche in Anspruch (8,15 Gespräche) als Patient:innen der Stufe 3a (5,89 Gespräche). Hier zeigen sich vor allem Unterschiede ab einer Gesprächszahl von ≥ 13 . Stufe 3b-Patient:innen nehmen häufiger viele PT-Gespräche (18,6 %) in Anspruch als Patient:innen der Stufe 3a (6,3 %).

Im Mittel nehmen rein psychosozial versorgte Patient:innen der Stufe 2 mehr PSF-Beratungen (3,51 Gespräche) in Anspruch als komplex versorgte Patient:innen der Stufe 3b (0,81 Gespräche).



Je höher die Anzahl geführter PT-Gespräche, desto signifikant stärker ist die Verbesserung des HADS von T1 zu T2 bzw. T1 zu T3.

Männer weisen im Schnitt eine um 1,2 geringere Verbesserung der HADS-Werte auf als Frauen.



Die klinische Veränderung der psychischen Belastung (HADS) wurde mittels des Reliable Change Index (RCI) bewertet. Nimmt der HADS-Wert zwischen den Befragungszeitpunkten um ≥ 5 Punkte ab, so spricht man von einer signifikanten Verbesserung, nimmt der HADS um ≥ 5 Punkte zu, von einer signifikanten Verschlechterung.

Gemäß dem RCI zeigte sich nach einem Jahr Versorgung in isPO bei 36 % der Patient:innen eine *signifikante Verbesserung* im HADS. Hierbei zeigten mehr Patient:innen der Stufe 3 eine Verbesserung (49,9-53,4 %) als der Stufen 1 und 2 (9,3 % und 21 %). Patient:innen, die ≥ 1 PT-Gespräch(e) erhielten, wiesen häufiger eine signifikante Verbesserung auf (50,36 %) als diejenigen, die keine hatten (20,4 %). Umgekehrt verhält es sich in Bezug auf die PSF-Beratungen. Erhielten Patient:innen ≥ 1 PSF-Beratung(en), so war die Verbesserung seltener (23,8 %) als bei denjenigen, die keine Beratung(en) erhielten (44,9 %).

Bei 15,4 % der isPO-Patient:innen zeigte sich nach einem Jahr isPO-Versorgung eine *signifikante Verschlechterung* im HADS. Bei Patient:innen der Stufe 1 und 2 zeigte sich dies häufiger (19,6 % und 21,0 %) im Vergleich zu Patient:innen der Stufe 3 (8,0-11,9 %). Patient:innen, die keine PT-Gespräche erhielten, waren etwas häufiger von einer signifikanten Verschlechterung betroffen (19,7 %) im Vergleich zu denjenigen, die ≥ 1 PT-Gespräch(e) erhielten (12,82 %). Umgekehrt verhält es sich in Bezug auf die PSF-Beratungen. Diejenigen, die ≥ 1 PSF-Beratung(en) erhielten, wiesen häufiger eine Verschlechterung auf (23,2 %) als diejenigen, die keine PSF-Beratung(en) hatten (11,5 %).

Bei 48,7 % der Patient:innen zeigte sich *keine Veränderung* im HADS nach der einjährigen Versorgung in isPO. Davon waren eher Patient:innen der Stufen 1 und 2 betroffen (58,0-71,1 %) als jene der Stufe 3 (38,2-38,5 %). Patient:innen, die ≥ 1 PT-Gespräch(e) erhielten, wiesen seltener keine signifikante Veränderung auf (36,8 %) als diejenigen, die kein Gespräch hatten (59,9 %). Umgekehrt verhält es sich in Bezug auf die PSF-Beratungen. Diejenigen, die ≥ 1 PSF-Beratung(en) erhielten, wiesen häufiger keine Veränderung auf (52,8 %) als diejenigen, die keine PSF-Beratungen hatten (43,6 %).

Die meisten Behandlungsmodule (Versorgung Stufe 3) wurden adäquat umgesetzt. Das Modul zur Krisenintervention bzw. zur stützenden / validierenden Gesprächsführung wurde häufig durchgeführt, obwohl es nicht zuvor empfohlen wurde.



Module zum Umgang mit Nebenwirkungen, Depression und Demoralisation sowie zu Ängsten inklusive Progredienzangst wurden am häufigsten empfohlen und durchgeführt. Die Module zum Umgang mit einem Rezidiv, Angehörigengespräch, einer Ablehnung der krebspezifischen Therapie und zum subjektiven Krankheitsverständnis kamen nur selten zur Anwendung. Bei Patient:innen, bei denen das Modul zu Depression und Demoralisation angewendet wurde, zeigte sich eine im Mittel um 2,3 kleinere Verbesserung der HADS-Werte zwischen T1 und T3 als bei Patient:innen, bei denen es keine Anwendung fand.



Den von den PSF durchführbaren Problemaktionen (bzw. Interventionen) kann keine Passfähigkeit zugesprochen werden, da diese insgesamt in einem nur geringen Maße ausgewählt bzw. dokumentiert wurden.



Was ist die Quintessenz?

Die Einteilung der Patient:innen in bedarfsorientierte Versorgungsstufen konnte adäquat und zumeist entsprechend des isPO-Designs umgesetzt werden.

Psychosozial und psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgte Patient:innen (Stufe 3b) erhielten mehr PT-Gespräche als ausschließlich psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgte Patient:innen (Stufe 3a). Erstere scheinen demnach einen höheren Versorgungsbedarf aufzuweisen. Rein psychosozial versorgte Patient:innen (Stufe 2) erhielten mehr PSF-Beratungen als komplex versorgte Patient:innen der Stufe 3b.

Die psychotherapeutische Versorgung im isPO-Programm scheint die Belastung der Patient:innen zu reduzieren. Je höher die Anzahl der PT-Gespräche, desto stärker die Verbesserung im HADS über den einjährigen Versorgungszeitraum. Zudem war eine klinisch bedeutsame Verbesserung im HADS bei Patient:innen mit PT-Gesprächen häufiger der Fall als bei denjenigen, die keine erhielten.

Bei der Anzahl der PSF-Beratungen zeigt sich kein positiver Zusammenhang mit einer Reduktion im HADS. Im Gegenteil, jene Patient:innen hatten sogar seltener eine signifikante Verbesserung sowie häufiger eine signifikante Verschlechterung im Vergleich zu denjenigen, die keine PSF-Beratungen erhielten (Stufe 1 und Stufe 3a). Dies könnte auf unbefriedigte Versorgungsbedarfe hinweisen (z. B. Versorgungsinhalte, Gesprächsfrequenz, Versorgungsart).

Die Behandlungsmodule konnten adäquat von den Psychotherapeut:innen umgesetzt werden. Hier scheint es Module mit hoher Passfähigkeit und damit Praxisrelevanz zu geben.

Die Problemaktionen und Interventionen der PSF-Beratungen wurden nur eingeschränkt dokumentiert oder angewendet, was auf Optimierungspotential hinweist (s. Anhang XXIV).

Programmadhärenz

Was ist damit gemeint?

Bei der Programmadhärenz geht es um den Umsetzungsgrad des Konzeptes der Versorgungsform isPO in die Versorgungsrealität aus Sicht des Qualitätsmanagements. In das Bewertungsverfahren werden unterschiedliche Aspekte der Qualität und Anforderungen anhand von strukturellen, prozessualen und ergebnisorientierten Qualitätsmerkmalen sowie dazugehörigen Qualitätsindikatoren einbezogen.

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Die Qualitätsmerkmale (Versorgungsverträge, -management, -konzept, Qualitätsmanagement, -sicherung und -entwicklung sowie Versorgungstelematik und personelle Ressourcen) sind mit einem durchschnittlichen Implementierungsgrad von 90,4 % in der Versorgungspraxis umgesetzt. Auf Basis der dazugehörigen Qualitätsindikatoren (z. B. Einschreibung in Verträge, durchgeführte Gespräche, durchschnittliche Zeitspannen etc.) ist dies zu 75,0 % der Fall. Die Ziele zur Programmadhärenz sind insgesamt zu 82,8 % erfüllt.



Die administrativen und organisatorischen Prozesse in den vier Versorgungsnetzwerken unterliegen teilweise großen Schwankungen. Mögliche Ursachen sind u. a. ...

- ... die Entwicklungsprozesse des Versorgungsprogramms.
- ... Unterschiede in den hausinternen Strukturen und hohe Auslastungen der VN.
- ... Eingabe- bzw. Datierungsfehler im Umgang mit CAPSYS²⁰²⁰.
- ... die COVID-19-Pandemie.

Was ist die Quintessenz?

Die Ergebnisse zum Umsetzungsgrad des isPO-Versorgungskonzeptes in die Versorgungsrealität sprechen aus Sicht des Qualitätsmanagements für eine hohe Programmadhärenz von isPO. Für weitere Optimierungen sind gemäß IGKE-Einschätzung zusätzliche Analysen und Maßnahmen über alle VN hinweg zielführend (s. Anhang XXIV).

Versorgungsleistungen



Was ist damit gemeint?

Versorgungsleistungen werden im isPO-Programm als psychoonkologische Leistungen innerhalb einer integrierten, sektorenübergreifenden Versorgung durch die multidisziplinären Teams in den Versorgungsnetzwerken (VN) erbracht.

Die Datengrundlage bildet die Dokumentation der isPO-Versorgung durch die Versorgenden in CAPSYS²⁰²⁰.

Informationsgespräch durch isPO-Onkolots:in / Case Management

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Im Schnitt dauerte es 51,37 Tage, bis das Informationsgespräch in Anspruch genommen wurde. Es wurde durch eine:n Onkolots:in (isPO-OL) oder das isPO-Case Management (isPO-CM) geführt. Hierbei sind signifikante Unterschiede zwischen den VN erkennbar.

69,3 % der Patient:innen nahmen das Informationsgespräch in Anspruch.



Das Gespräch wurde zu 50,7 % durch isPO-OL geführt.

Die Inanspruchnahme des Gesprächs und ob ein:e isPO-OL das Gespräch führte, zeigten sich signifikant vom VN abhängig.



Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme des Informationsgesprächs ist ...

... für alle Altersgruppen über 30 Jahre (mit Ausnahme der 80 Jahre und älteren Patient:innen) signifikant mindestens doppelt so hoch gegenüber der Altersgruppe 18-29 Jahre.

... für das VN 3 ca. 17-mal höher gegenüber dem Referenznetzwerk 1.

... für die Tumorentitäten Speiseröhre / Magen und Haut signifikant halb so hoch gegenüber der Referenz-Entität Kopf / Hals.



Was ist die Quintessenz?

Die Inanspruchnahme des Informationsgesprächs obliegt personenbezogenen (Alter, Tumorentität) und organisationsbedingten Einflüssen (Zugehörigkeit zum VN).

Die VN-Zugehörigkeit scheint sich neben der Inanspruchnahme der Patient:innen auch darauf auszuwirken, ob das Gespräch durch eine:n isPO-OL durchgeführt wird und wie schnell ein Gespräch zustande kommt (s. Anhang XXIV).

Beratung durch eine Psychosoziale Fachkraft (PSF)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Im Schnitt dauerte es 59,42 Tage, bis eine erste PSF-Beratung in Anspruch genommen wurde. Hierbei sind signifikante Unterschiede zwischen den VN erkennbar.



Es wurden im Schnitt drei Beratungen in Anspruch genommen.



Die Anzahl der PSF-Beratungen ...

- ... unterscheidet sich signifikant zwischen den VN.
- ... wird durch die Stufenzuweisung signifikant vorhergesagt. Patient:innen auf Stufe 2 erhalten demnach ca. 1,5 PSF-Gespräche mehr als Patient:innen, die auf Stufe 3b versorgt werden.
- ... zeigt sich höher bei Abnahme des Informationsbedarfs zum Thema Gesundheitsförderung. Denkbar ist, dass mit zunehmenden Gesprächen weniger Informationsbedarf besteht.
- ... unterscheidet sich nicht darin, ob Patient:innen vor oder während der COVID-19-Pandemie bzw. unter beiden Bedingungen versorgt wurden.



Was ist die Quintessenz?

Die Dauer bis zur ersten PSF-Beratung wie auch die Anzahl der Gespräche unterscheidet sich abhängig davon, in welchem VN die Patient:innen versorgt werden.

Die Anzahl der Beratungen wird zudem durch die Stufenzuweisung (2 oder 3b) und den Informationsbedarf beeinflusst.

Die Versorgung unter Pandemiebedingungen beeinflusste die Beratungsanzahl nicht (s. Anhang XIV).

Psychotherapeutische Gespräche (PT)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Im Schnitt dauerte es 23,38 Tage, bis ein erstes PT-Gespräch in Anspruch genommen wurde. Hierbei sind signifikante Unterschiede zwischen den VN erkennbar.



Es wurden im Schnitt 6,54 Gespräche in Anspruch genommen.



Die Anzahl der PT-Gespräche ...

- ... unterscheidet sich signifikant zwischen den VN.
- ... sinkt mit steigendem Alter der Patient:innen.
- ... ist höher bei Frauen als bei Männern.
- ... zeigt sich für die verschiedenen Bildungsabschlüsse (nach ISCED) signifikant unterschiedlich. Personen mit einem Master- bzw. gleichwertigen Bildungsabschluss nahmen 3,3 Gespräche mehr in Anspruch als Personen mit einem mittleren Bildungsabschluss (Sekundarbereich 1).
- ... steigt, je besser die therapeutische Allianz ausgeprägt ist.
- ... wird durch die Stufenzuweisung signifikant vorhergesagt. Patient:innen auf Stufe 3a erhalten ca. 1,5 PT-Gespräche weniger als Patient:innen, die auf Stufe 3b versorgt werden.
- ... ist höher für Patient:innen mit besserer körperlicher Funktionsfähigkeit.
- ... zeigt sich höher bei Abnahme des Informationsbedarfs zum Thema Gesundheitsförderung. Denkbar ist, dass mit zunehmenden Gesprächen weniger Informationsbedarf besteht.
- ... unterscheidet sich nicht darin, ob Patient:innen vor oder während der COVID-19-Pandemie bzw. zu beiden Zeitpunkten versorgt wurden.



Was ist die Quintessenz?

Die Dauer bis zum ersten PT-Gespräch wie auch die Anzahl der Gespräche unterscheidet sich abhängig davon, in welchem VN die Patient:innen versorgt werden.

Die Anzahl der Gespräche wird zudem durch Patient:innenmerkmale wie Alter, Geschlecht oder Bildungsabschluss, die therapeutische Allianz, Stufenzuweisung (3a oder 3b), die körperliche Funktionsfähigkeit und den Informationsbedarf beeinflusst.

Die Versorgung unter Pandemiebedingungen beeinflusste die Gesprächszahl nicht (s. Anhang XXIV).

Versorgungserfahrungen

Versorgungserfahrungen der Patient:innen



Was ist damit gemeint?

In die Versorgungserfahrungen fließen selbstberichtete Informationen über den Zustand der Patient:innen (Patient-reported outcome measures – PROMs) und deren Erfahrungen (Patient-reported experience measures – PREMs) mit der psychoonkologischen isPO-Versorgung ein. Innerhalb von isPO werden neben dem Erleben der nVF isPO seitens der Patient:innen auch die Perspektiven und subjektiven Bewertungen der isPO-Versorger:innen und der onkologischen Versorger:innen dargelegt.

Zufriedenheit mit der Versorgung in isPO (quantitative Ergebnisse)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Die subjektive Wirksamkeit der nVF isPO wie auch Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit & Bedarfsorientierung des Versorgungs-programms bewerten die Patient:innen im Mittel positiv. Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung zwischen den VN.

Die subjektive Wirksamkeit ...



- ... wird besser bewertet, je positiver der Kontakt zu den einzelnen isPO-Versorgenden (isPO-CM, isPO-OL, PSF, PT) bewertet wird.
- ... wird je Tumorentität unterschiedlich eingeschätzt. Nieren- / Harnweg-Krebserkrankte bewerten diese signifikant schlechter als Patient:innen mit anderweitigen Entitäten. Patient:innen, deren Tumorentität unter Sonstige gebündelt ist, bewerten die subjektive Wirksamkeit signifikant besser.
- ... wird von Personen, die in anderen Haushaltsformen als 1-Personen- / Paar- / Familien- oder Mehrfamilienhaushalt wohnen, negativer bewertet.

Die Zufriedenheit & Bedarfsorientierung ...



- ... wird besser bewertet, je positiver der Kontakt zu den einzelnen isPO-Versorgenden (isPO-CM, isPO-OL, PSF, PT) erlebt wurde.
- ... wird von Personen mit der Tumorentität Niere / Harnwege schlechter bewertet.
- ... wird besser bewertet, je höher der Kohärenzsinn (Lebensorientierung und Schlüsselkonzept in der Salutogenese) der Patient:innen.
- ... wird positiver bewertet, je höher die Ausprägung der sozialen Unterstützung.



Die Patient:innen bewerten die zeitlichen Rahmenbedingungen (Terminhäufigkeit, Sitzungsdauer) der isPO-Versorgung in der Tendenz genau passend. Wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen als unpassend bewertet wurden, dann, weil die Terminhäufigkeit und Sitzungsdauer zu selten bzw. zu gering waren. Es gibt signifikante Unterschiede in der Bewertung der Sitzungsdauer zwischen den VN.



Die zeitlichen Rahmenbedingungen ...

- ... werden in Bezug auf die Dauer der Sitzungen von Altersrentner:innen im Vergleich zu in Vollzeit Tätigen als weniger passend bzw. zu gering bewertet.
- ... werden in Bezug auf die Dauer der Sitzungen von Patient:innen mit Darmkrebs weniger passend bzw. als zu gering bewertet.
- ... werden in Bezug auf die Sitzungsdauer von Personen, die in einer Partnerschaft sind, aber nicht im selben Haushalt mit dem:r Partner:in leben, weniger passend bzw. als zu gering bewertet im Vergleich zu Personen, die nicht in einer Partnerschaft sind.
- ... werden in Bezug auf die Sitzungsdauer weniger passend bzw. als zu gering bewertet, wenn die PSF-Gespräche ausschließlich angesichtlich stattfanden.
- ... werden in Bezug auf die Terminhäufigkeit von Personen, die auf der Stufe 3a versorgt werden, passender bewertet als von Personen der Versorgungsstufe 1.
- ... werden in Bezug auf die Terminhäufigkeit passender bewertet, je höher der Kohärenzsinn ausgeprägt ist.
- ... werden in Bezug auf die Terminhäufigkeit passender bewertet, je zufriedener die Patient:innen mit dem Kontakt zur PSF sind.
- ... werden in Bezug auf die Terminhäufigkeit passender bewertet, je besser die therapeutische Allianz bewertet wird.

Zufriedenheit mit der Versorgung in isPO (qualitative Ergebnisse)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Alle interviewten Patient:innen empfinden das isPO-Programm als nützlich für ihre individuelle Genesung. Die psychoonkologische Versorgung, parallel zur medizinisch-onkologischen Therapie, war für sie nachvollziehbar und sehr akzeptiert.



Die meisten Patient:innen erachteten es für den Versorgungszugang als entscheidend, dass der:die behandelnde:r Ärzt:in (z. B. der:die Onkolog:in) sie ansprach und ihnen die Teilnahme am Programm empfahl. Außerdem war ihnen wichtig, dass isPO dort angeboten wird, wo die medizinische Behandlung stattfindet.



Der rechtzeitige Zugang zu isPO wird als positiv und notwendig erachtet, weil er den Patient:innen Sicherheit gibt und unterstützend wirkt. Dadurch erhalten die Patient:innen auch eine:n feste:n Ansprechpartner:in für mögliche belastende Erfahrungen.



Was ist die Quintessenz?

Die subjektive Wirksamkeit von isPO wie auch Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit & Bedarfsorientierung des Versorgungsprogramms bewerten die Patienten im Mittel positiv. Die Bewertungen werden durch versorgungsbedingte (Zufriedenheit mit unterschiedlichen isPO-Versorgenden) und personenbezogene Faktoren (Tumorentität, Haushaltsform) beeinflusst. Ebenso wirken die Ausprägung des Kohärenzsинns der Patienten und die erlebte soziale Unterstützung auf die Zufriedenheit und Bewertungen der isPO-Versorgung.

Die zeitlichen Rahmenbedingungen werden zumeist als genau passend bewertet. Einflussfaktoren scheinen hier ebenso versorgungsbedingt und personenbezogen zu sein (s. Anhang XXIV).



Die Patient:innen fühlen sich durch isPO individuell und bedarfsorientiert unterstützt. Die sektorenübergreifende Behandlungskontinuität wird als „Sicherheitsanker“ erlebt.

Unterstützend und bedarfsorientiert war(en) ...

... die Inhalte der Gespräche mit den Versorgenden.

... die Art der Betreuung sowie die Möglichkeit der Nachbetreuung nach Entlassung.

... der einjährige Versorgungszeitraum und die darin stattfindende flexible Betreuungsintensität.

... die interprofessionelle Arbeit der isPO-Versorgenden.

... die Flexibilität in der Berücksichtigung individueller, plötzlich auftretender Unterstützungsbedarfe.

... die Erreichbarkeit der isPO-Versorgenden und Möglichkeiten der zeitnahen Terminvereinbarung.



Psychoonkologisch-psychotherapeutische Gespräche werden als unterstützend erlebt. Hierbei wirkte eine gute therapeutische Beziehung förderlich, ebenso wie ...

... passgenaue Information über weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten.

... der Einbezug der Angehörigen.

... ein flexibler Umgang mit dem Betreuungssetting (stationär, ambulant, in Präsenz, telefonisch oder per Video).

... eine an die Kontextbedingungen der Patient:innen angepasste flexible Terminvergabe.



Die isPO-OL wurden als sehr hilfreich und als gute Ergänzung zur professionellen Betreuung wahrgenommen.

Die „Begegnung auf Augenhöhe“ gab vielen „Vertrauen und Mut“. Insbesondere für vergleichsweise jüngere Patient:innen war der Austausch hilfreich.



Die Patient:innen hatten mitunter Schwierigkeiten, das Versorgungsprogramm in seiner Komplexität zu verstehen. Dadurch entstanden Hindernisse in der Inanspruchnahme oder Einordnung mancher Programmelemente.

Auf Patient:innenebene konnte eine Verbesserung der Verstehbarkeit mittels Überarbeitung der Patient:inneninformationsmaterialien beobachtet werden.



Einige Patient:innen erlebten, dass das medizinische Stationspersonal häufig unzureichend über das isPO-Programm informiert war. Dies wurde zum einen als hinderlich für den frühzeitigen Programmzugang bewertet, zum anderen als unprofessionell wahrgenommen.



Einige Interviewte hatten ein inkorrektes Verständnis zur Rolle der isPO-OL und ihrer Aufgaben, was basierend auf den Rückmeldungen der Patient:innen auf eine nicht ausreichende oder falsche Aufklärung in den VN zurückzuführen ist. Die Missverständnisse führten häufig zur Ablehnung des Informationsgesprächs mit einer:m isPO-OL.



Wenngleich der einjährige Versorgungszeitraum bereits als bereichernd wahrgenommen wird, so bewerteten fast alle interviewten Patient:innen den Abschluss nach zwölf Monaten als zu „abrupt“. Sie wünschten sich eine flexible Handhabung des Versorgungszeitraums, basierend auf den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen und im Sinne einer bedarfsgerechten Nachsorge.

Weitere Optimierungswünsche und -ideen der Patient:innen sind ...

... der Abbau von Stigmata in der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützungsleistungen.

... der stärkere Einbezug von Familie und Angehörigen.

... mehr Angebote für psychosoziale Hilfen.

... der Aufbau einer strukturierten psychoonkologischen Nachsorge.

... die langfristige Verankerung und Finanzierung psychoonkologischer Leistungen, parallel zur biomedizinischen Krebstherapie.



Was ist die Quintessenz?

Alle interviewten Patient:innen empfanden das isPO-Programm als nützlich und wiesen eine hohe Programmakzeptanz auf.

Der Programmzugang sollte aus Sicht der Patient:innen rechtzeitig ermöglicht werden. Er sollte durch das behandelnde medizinische Personal erfolgen oder zumindest initiiert werden. Dafür ist jedoch wichtig, dass das Personal umfangreich und kontinuierlich über das Programm informiert ist, was nicht immer der Fall war.

Informationen über das Programm sollten verständlich aufbereitet und kommuniziert werden. Entsprechend sollten die isPO-Versorgenden, insbesondere das isPO-CM, die Patient:innen umfänglich und unmissverständlich über die Programmkomponenten aufklären, um eine Ablehnung von Leistungen (wie die Gespräche mit isPO-OL) zu vermeiden.

Diejenigen, die isPO-OL-Gespräche in Anspruch nahmen, nahmen diese als hilfreichen und mutmachenden Austausch wahr.

Insbesondere auch die Gespräche mit den Psychotherapeut:innen wurden als hilfreich erlebt. Die Bildung einer guten therapeutischen Allianz, die flexible Handhabung der Gesprächstermine und des Settings sowie der Einbezug von Angehörigen verstärkten das Unterstützungserleben.

Insgesamt fühlten sich die Patient:innen bedarfsorientiert und individuell gut versorgt. Besonders die sektorenübergreifende Behandlungskontinuität wurde herausgestellt.

Die interviewten Patient:innen identifizierten Optimierungsmöglichkeiten, wie etwa die flexible Handhabung des Versorgungszeitraums und den Aufbau einer strukturierten psychoonkologischen Nachsorge (s. Anhang XXIV).

Weitere Patient:innenoutcomes (quantitative Ergebnisse)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Der psychosoziale Informationsbedarf ist von T1 (3 Monate nach Versorgungsbeginn) zu T2 (12 Monate) statistisch bedeutsam gesunken.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede für die Subskala Soziale Fragen und die Gesamtskala zwischen den Versorgungsstufen 1 und 3b sowie 2 und 3b und für die Subskala Gesundheitsförderung zwischen den Stufen 1 und 3a, 1 und 3b sowie 2 und 3b.

Auch zeigen sich in den Informationsbedarfen signifikante Unterschiede zwischen den VN.



Der selbstberichtete globale Gesundheitsstatus (körperlich) stieg signifikant von T1 zu T2, verbesserte sich also.

Dazu zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den VN, jedoch zwischen den Versorgungsstufen 2 und 3a.



Der globale Gesundheitsstatus ...

... zeigt sich zu T2 höher, je geringer das Alter der Patient:innen.

... zeigt sich zu T1 und T2 höher, je ausgeprägter die soziale Unterstützung.

... wird zu T2 durch den Kohärenzsinn (Lebensorientierung und Schlüsselkonzept in der Salutogenese) signifikant vorhergesagt. Je ausgeprägter er ist, desto höher der globale Gesundheitsstatus.

... wird durch die Skalen zur Bewertung der isPO-Versorgungsqualität signifikant vorhergesagt. Je besser die subjektive Wirksamkeit sowie die Zufriedenheit & Bedarfsorientierung bewertet und je passender die Terminhäufigkeiten erlebt werden, desto höher der globale Gesundheitsstatus zu T2.



Die Arbeitsfähigkeit stieg signifikant von T1 zu T2.

Sie zeigt sich signifikant unterschiedlich in der Art der Arbeit. Vorwiegend geistig Tätige wiesen eine signifikant höhere Arbeitsfähigkeit auf als vorwiegend körperlich Tätige oder Personen, die gleichermaßen geistig und körperlich tätig waren.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen allen Versorgungsstufen außer den Stufen 2 und 3a.



Die Arbeitsfähigkeit ...

... ist höher, je niedriger der HADS.

... ist zu T2 höher, je geringer das Alter der Patient:innen und je höher der Bildungsgrad.

... ist zu T2 höher, je höher die soziale Unterstützung bewertet wird.

... wird durch die Skalen zur Bewertung der isPO-Versorgungsqualität signifikant vorhergesagt. Je besser die subjektive Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung bewertet und je passender die Terminhäufigkeiten erlebt werden, desto höher der globale Gesundheitsstatus zu T2.

... ist höher, je positiver der Kontakt zum:zur isPO-CM und isPO-OL bewertet wird.

... zeigt sich niedriger bei Personen, die eine Chemotherapie in Anspruch genommen haben, während sie sich höher zeigt bei Personen, die eine Hormontherapie erhielten.

... zeigt sich höher, je besser die medizinische Behandlung wahrgenommen wird.



Was ist die Quintessenz?

Der psychosoziale Informationsbedarf der Patient:innen sinkt signifikant über den isPO-Versorgungszeitraum. Gleichzeitig zeigen sich unterschiedliche Informationsbedarfe abhängig von der Versorgungsstufe und dem VN.

Der selbstberichtete körperliche Gesundheitsstatus der Patient:innen steigt signifikant über den isPO-Versorgungszeitraum an. Hierbei zeigen sich diverse Einflussfaktoren: Alter der Patient:innen, ihr Kohärenzsinn, die wahrgenommene soziale Unterstützung und die Bewertung der Versorgungsqualität. Je zufriedener sie mit der isPO-Versorgung waren, desto höher war der Gesundheitsstatus.

Die Arbeitsfähigkeit der Patient:innen steigt signifikant über den isPO-Versorgungszeitraum an. Hierbei zeigen sich diverse Einflussfaktoren: Alter und Bildungsgrad der Patient:innen, ihr Ausmaß an Ängsten und Depression, ihre wahrgenommene soziale Unterstützung, die Art der medizinischen Behandlung, die Wahrnehmung dieser und die Bewertung der Versorgungsqualität. Je zufriedener sie mit der isPO-Versorgung waren, desto höher war die Arbeitsfähigkeit (s. Anhang XXIV).

Versorgungserfahrungen

Versorgungserfahrungen der isPO-Versorgenden

Zufriedenheit mit dem Versorgungsprogramm (quantitative Ergebnisse)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Die isPO-Versorgenden bewerten die Akzeptanz, Angemessenheit und Durchführbarkeit im Durchschnitt neutral bis positiv. Die Durchführbarkeit wird im Vergleich zur Akzeptanz und Angemessenheit am negativsten bewertet. Die Bewertung verändert sich von T1 (4 Monate nach Implementierungsbeginn) zu T2 (18 Monate) nicht.



Die Mehrheit der isPO-Versorgenden gibt an, keine zusätzlichen Informationsbedarfe bezüglich der Arbeitsaufgaben, den Projektzielen und Versorgungsabläufen zu haben.



Das Programmkonzept wird in der Tendenz positiv bewertet.

Die Versorgungsqualität sowie die Patient:innenversorgung über Klinikgrenzen hinaus haben sich durch das isPO-Programm verbessert. Das Erkennen vulnerabler Fälle und die Klarheit von Zuständigkeiten in der Patient:innenversorgung hat sich in der Tendenz nicht verändert.

Das Programmkonzept wird positiver bewertet, ...

- ... je höher die finanziellen Ressourcen im VN als verfügbar wahrgenommen werden.
- ... je mehr der Nutzen den Aufwand übersteigt.
- ... je besser der Einschreibungsprozess, die bedarfsgerechte Versorgung durch die Versorgungsstufen sowie die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade bewertet werden.
- ... je höher die individuelle Verausgabungsneigung (Overcommitment) ausgeprägt ist.
- ... je höher das Vertrauen in der Organisation ist.
- ... je geringer der organisatorische Aufwand bewertet wird und Einschränkungen durch isPO wahrgenommen werden.



Die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade wird in der Tendenz negativ bewertet.

Die isPO-Versorgenden erleben den organisatorischen Aufwand in der Tendenz als hoch und nehmen die Veränderungen der Arbeitsbedingungen durch isPO als leicht schlechter bis neutral wahr.



Die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade wird umso positiver bewertet, ...

... je höher die finanziellen Ressourcen im VN als verfügbar wahrgenommen werden.

... je geringer der organisatorische Aufwand und die Einschränkungen durch isPO wahrgenommen werden.

... je eher sich die Arbeitsbedingungen durch isPO gebessert statt verschlechtert haben.



Die Gebrauchstauglichkeit von CAPSYS²⁰²⁰ wird in der Tendenz mittelmäßig bis gut bewertet. Das System wird für die Dokumentation und Abrechnung im Mittel als erleichternd bewertet, wenngleich der Aufwand als hoch wahrgenommen wird.



Die isPO-Versorgenden schreiben den in den VN arbeitenden Personen zu, für eine Fortführung des isPO-Programms bereit zu sein und der Stärkung der Psychoonkologie zuversichtlich gegenüberzustehen.



Die isPO-OL bewerten ihren jeweiligen Tätigkeitsumfang am häufigsten als „genau richtig“.

In der Tendenz werden der Kontakt zu den Patient:innen wie auch die Räumlichkeiten und organisatorischen Rahmenbedingungen als neutral bis positiv bewertet. Die meisten hätten sich jedoch noch weitere Schulungen gewünscht.

Das isPO-OL-Konzept wird im Schnitt positiv bewertet. Es wird zudem positiver bewertet, je jünger eine Person ist und je geringer der Erwerbsstatus ausfällt.

Die Zufriedenheit mit der Tätigkeit als isPO-OL wird tendenziell positiv bewertet. Hierbei zeigen sich höhere Werte in der Zufriedenheit, je höher der arbeitsbezogene Kohärenzsinn, insbesondere die Handhabbarkeit, der Arbeit bewertet wird.



Was ist die Quintessenz?

Die isPO-Versorgenden bewerten die Programmakzeptanz, -angemessenheit und das Programmkonzept positiv. Die Konzeptbewertung unterliegt hierbei diversen Einflüssen: organisationsbezogene Faktoren (finanzielle Ressourcen), programmatische Faktoren (Bedarfsorientierung, Umsetzbarkeit der Versorgungspfade), individuelle bzw. soziale Faktoren (Verausgabungsneigung, Vertrauen) und letztlich Faktoren, die sich auf die Arbeitsbedingungen auswirken (organisatorischer Aufwand).

Die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade wird in der Tendenz negativ bewertet, wie auch der organisatorische Aufwand und die Veränderung der Arbeitsbedingungen. Auch hier nehmen die wahrgenommenen finanziellen Ressourcen, der organisatorische Aufwand und die erlebten Arbeitsbedingungen Einfluss auf die Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade.

CAPSYS²⁰²⁰ wird unterschiedlich bewertet. Die Gebrauchstauglichkeit und der Nutzen werden geschätzt, der Arbeitsaufwand dafür jedoch mitunter als zu hoch wahrgenommen.

Die isPO-OL sind zufrieden mit ihrer Tätigkeit und dem isPO-OL-Konzept. Diese Bewertungen sind nochmals abhängig von der arbeitsbezogenen Handhabbarkeit sowie dem Alter und Erwerbsstatus der isPO-OL. Die meisten hätten sich noch weitere Schulungen gewünscht (s. Anhang XXIV).

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?

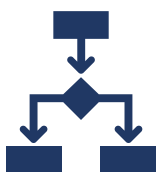
Zufriedenheit mit dem Versorgungsprogramm (qualitative Ergebnisse)



Die interviewten isPO-Versorgenden betonen den Mehrwert und den Patient:innennutzen der sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität. Die Patient:innen könnten eine angemessene poststationäre Versorgung mit festen Ansprechpartner:innen erhalten. Auch sei der einjährige Versorgungszeitraum eine Verbesserung.



Besonders die bedarfsorientierte Gesprächsplanung in Bezug auf die Häufigkeit, Intensität und das Setting (ambulant, stationär) sowie die unterschiedlich mögliche Durchführung der psychotherapeutischen Gespräche (angesichtlich, telefonisch oder per Video) werden positiv für die Patient:innenversorgung wahrgenommen.



Eine strukturierte Versorgung, die eine adäquate Diagnostik und Stufenzuteilung beinhaltet, wird als sinnvoll bewertet, um Patient:innen bedarfsorientiert zu versorgen.



Die genannten Vorteile des isPO-Programms werden in den Augen der isPO-Versorgenden durch eine zu hohe Komplexität des Versorgungskonzepts und durch zu viele Formalismen teils geschmälert. Dies schränkt die Praxistauglichkeit bzw. Umsetzbarkeit des Programms ein. Zudem mangelt es in allen VN an ausreichend personellen Ressourcen.



Die isPO-Versorgenden erleben neben den psychoonkologisch-psychotherapeutischen Gesprächen auch die anderen Versorgungsleistungen (psychosoziale Beratungen und isPO-OL-Gespräch) als gewinnbringend für die Patient:innen. So wird eine verzahnte interdisziplinäre Versorgung ermöglicht.



Die interviewten isPO-Versorgenden erleben das Versorgungskonzept als noch verbesserungswürdig für eine flächendeckende Übernahme.

Optimieren würden sie z. B., dass ...

... klinische Einschätzungen für die Stufeneinteilung einbezogen werden.

... der verhaltenstherapeutische Fokus im psychoonkologisch-psychotherapeutischen Behandlungsmanual ausgeweitet wird auf andere praxisbewährte therapeutische Ansätze.

... das Versorgungsende flexibler (bedarfsorientierter) gestaltet wird.

... die notwendigen Qualifikationen und Aufgaben der isPO-Versorgenden der unterschiedlichen Versorgungsstufen genauer definiert werden, um Rollenklarheiten herzustellen.



Die Etablierung netzwerkinterner und -übergreifender Kommunikationsstrukturen, wie die Qualitätszirkel, -workshops und der Netzwerksupport, wurde als bereichernd wahrgenommen. Dies war aus Sicht der isPO-Versorgenden auch der Programmausreifung zuträglich.



Der Eindruck der Versorgenden ist, dass mit isPO mehr Patient:innen Zugang zur Psychoonkologie erhalten als zuvor ohne das Programm.

Im Rahmen der Programmimplementierung merken sie auch eine Zunahme der durch die Ärzt:innen ausgefüllten Empfehlungsscheine an, was für eine Verbesserung in der Zusammenarbeit spricht.



Insgesamt melden viele isPO-Versorgende zurück, dass die psychoonkologische Versorgung im Rahmen von isPO oftmals von Ärzt:innen nicht akzeptiert sei oder ein nur geringes Bewusstsein für die Relevanz der Psychoonkologie bestünde.

In manchen VN hat sich die Zusammenarbeit verschlechtert.

Zudem wird der geringe Einbezug der ambulanten onkologischen Praxen herausgestellt.



Die isPO-OL werden als „Türöffner zur Selbsthilfe“ gesehen und als bereichernd erlebt. Abhängig vom VN wird allerdings die Koordination teils als ineffektiv bewertet. Es fehlt in dem Fall an einer guten Managementstruktur und ausreichend Ehrenamtlichen.



Optimierungswünsche und Überlegungen der Versorgenden für eine mögliche Übernahme des isPO-Programms in die Regelversorgung sind:

- Analyse bestehender Ressourcen und Strukturen vor Programmimplementierung an neuen Standorten
- Aufbau umfangreicher psychoonkologischer Strukturen (strukturell, personell, finanziell)
- Stärkung der Relevanz der Psychoonkologie und hierbei Einbezug der Krankenkassen
- Schaffung klarer Übergangsregelungen
- Reduktion von Formalismen in den Versorgungsabläufen, inklusive des Dokumentationsaufwandes
- Flexiblere Handhabung des Versorgungsbeginns und -endes
- Zugänglichkeit für alle Krebspatient:innen sicherstellen und vereinfachen
- Hinzunahme der klinischen Einschätzungen zur Zuweisung in die Versorgungsstufen
- Beibehaltung interdisziplinärer multiprofessioneller Teams unter Ausarbeitung genauer Definitionen für die jeweiligen Aufgabenbereiche und Qualifikationen
- Fortführung des Fokus auf eine flexible bedarfsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung
- Fortführung von Prozessoptimierungen und Qualitätsmanagement
- Erweiterung des Programms um die Versorgung von Angehörigen



Was ist die Quintessenz?

Der größte Patient:innennutzen wird aus Perspektive der isPO-Versorgenden in der sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere der Möglichkeit einer poststationären Versorgung und festen Ansprechpartner:innen wahrgenommen.

Förderlich für die Umsetzung des Programms wirkt seine Flexibilität, z. B. hinsichtlich der Planung der Gesprächstermine, des Settings oder des Versorgungszugangs. Gleichzeitig hemmt besonders das hohe Maß an Bürokratie und Formalia (u. a. studienbedingt) die Umsetzbarkeit des Programms. Das Qualitätsmanagement wird geschätzt und sollte mittels Qualitätsworkshops und -zirkel beibehalten werden.

Weiterhin wird aus Sicht der isPO-Versorgenden die Hinzunahme des klinischen Eindrucks zur strukturierten Diagnostik empfohlen.

Die isPO-Versorgenden betonen den Ausbau strukturierter, personeller und finanzieller Ressourcen, um das isPO-Programm qualitativ hochwertig und im Sinne seiner Ziele fortführen zu können.

Die interdisziplinäre Versorgung der Patient:innen wird als besonders wichtig wahrgenommen. Entsprechend sind klare Rollen- und Aufgabendefinitionen in den behandelnden Teams relevant. In der Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen zeigten sich weiterhin große Unterschiede innerhalb und zwischen den VN. Hier braucht es weiterer, zielgerichteter Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit.

Der isPO-OL-Ansatz wird von den isPO-Versorgenden unterschiedlich wahrgenommen, was sich in der Umsetzungsrate der VN widerspiegelt. Um das Konzept flächendeckender anbieten zu können, bedarf es noch besserer Kommunikation und eines übergeordneten Managements (s. Anhang XXIV).

Versorgungserfahrungen

Versorgungserfahrungen der isPO-Onkolots:innen

Zufriedenheit mit dem Versorgungsprogramm (qualitative Ergebnisse)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Die isPO-OL erleben für ihre Tätigkeit die strukturierte Vorbereitung in Form von Übungen zur Gesprächsführung sowie den Gesprächsleitfaden als förderlich, der ihnen im Rahmen der Schulungen ausgehändigt wurde.

Auch schätzen sie die klaren Abläufe für die Vor- und Nachbereitung der Gespräche, ebenso wie ihnen zur Verfügung gestellte Räumlichkeiten.

Die Informationen der dazugehörigen Mappe werden von den isPO-OL für die Patient:innen als relevant und seriös bewertet.



Wenngleich die Schulungen als grundsätzlich hilfreich bewertet wurden, haben einige isPO-OL diese als noch zu wenig umfangreich und inhaltlich „oberflächlich“ erlebt.

Weiterhin nehmen die isPO-OL einen hohen Ressourcenaufwand in der Koordination der Gespräche für das isPO-Case Management wahr.



Die isPO-OL melden zum einen zurück, dass ein früher Zeitpunkt des Informationsgesprächs im Versorgungsverlauf vielen Patient:innen zuträglich gewesen sei. Zum anderen wären für manche Patient:innen auch später datierte isPO-OL-Gespräche mitunter bedarfsgerechter gewesen. Hier sollte es mehr Flexibilität in der Handhabung geben.

Dies gilt auch für die Gesprächsdauer und -frequenz, welche konzeptionell nur in geringem Umfang eingeplant waren.



Durch die Erfahrung mit einer eigenen Krebserkrankung haben die isPO-OL eine „authentische Expertise“, die sie von jener der professionellen Versorgenden unterscheidet.

Sie können den Krebspatient:innen ein Mut machendes Positivbeispiel sein und eine für die Patient:innen hilfreiche Kommunikation auf Augenhöhe im Rahmen einer niedrigschwelligen Versorgung ermöglichen.



Optimierungswünsche und Überlegungen der isPO-OL für eine mögliche Übernahme des isPO-Programms in die Regelversorgung sind:

- Etablierung passgenauer und kontinuierlicher Schulungen
- Optimierung der Zusammenarbeit mit isPO-Versorgenden
- Ausbau der isPO-OL-Teams in den VN und regelmäßige (Gruppen-)supervision
- Flexibles Gesprächsangebot hinsichtlich Zeitpunkt, Dauer und Frequenz
- Inhalt und Gestaltung der Informationsmappe in Zusammenarbeit mit den isPO-OL überarbeiten
- Wertschätzung der Tätigkeit steigern
- Auswahlverfahren für isPO-OL-Eignung
- Geregelte Aufwandsentschädigung für die isPO-OL (z. B. Fahrt- / Parkkosten)



Was ist die Quintessenz?

Die interviewten isPO-OL weisen eine hohe Identifikation mit ihrer Tätigkeit auf, erleben diese als sinnstiftend und erkennen in dieser einen großen Patient:innennutzen. Mit ihrer Expertise als ehemals Selbstbetroffene können sie auf Augenhöhe mit den Patient:innen kommunizieren und Mut machen.

Klare Abläufe, Vorbereitungen und Rahmenbedingungen wirken sich förderlich auf die Ausübung der Tätigkeit als isPO-OL aus.

Optimierungswünsche beziehen sich etwa auf die Flexibilität in der Durchführung des isPO-OL-Gesprächs hinsichtlich Dauer, Frequenz und Zeitpunkt. Dies wird vor allem im Sinne einer bedarfsorientierten Patient:innenversorgung gewünscht.

Der Ressourcenaufwand für die Koordination der isPO-OL durch das isPO-Case Management sollte effektiver gestaltet bzw. aufgefangen werden.

Passgenaue und kontinuierliche Schulungen, Möglichkeiten der Supervision und eine gute Zusammenarbeit unter den isPO-OL sowie mit den isPO-Versorgenden werden positiv hervorgehoben (s. Anhang XXIV).

Versorgungserfahrungen

Versorgungserfahrungen des medizinischen Stationspersonals

Zufriedenheit mit dem Versorgungsprogramm (quantitative Ergebnisse)

Was sind die wichtigsten Ergebnisse?



Im Mittel gab das medizinische Stationspersonal (Ärzt:innen und Pflegepersonal) an, keine zusätzlichen Informationsbedürfnisse bezüglich der isPO-Programmziele, Versorgungsabläufe und Arbeitsaufgaben zu haben.

Allerdings zeigt sich ein statistisch signifikant höherer Informationsbedarf zum isPO-Programm im Vergleich zu den isPO-Versorgenden.



Das Programmkonzept wird durch das medizinische Stationspersonal mehrheitlich als (sehr) gut bewertet.

Im Vergleich bewerten die isPO-OL das Konzept am positivsten, gefolgt vom medizinischen Personal und den isPO-Versorgenden.



Das medizinische Stationspersonal bewertet den Patient:innennutzen durch isPO positiv.

Die Umsetzbarkeit des isPO-Programms wird ebenfalls überwiegend positiv bewertet, wenn auch etwas negativer im Vergleich zum bewerteten Patient:innennutzen.

Das Stationspersonal fühlt sich durch das isPO-Programm überwiegend nicht in den Arbeitsaufgaben eingeschränkt.



Was ist die Quintessenz?

Insgesamt bewertet das befragte medizinische Stationspersonal das isPO-Programm positiv und erkennt einen Patient:innennutzen. Die Umsetzbarkeit wird überwiegend positiv bewertet und das Personal fühlt sich mehrheitlich nicht durch das Programm eingeschränkt.

Allerdings zeigt es einen signifikant höheren Informationsbedarf zum Programm als die isPO-Versorgenden (s. Anhang XXIV).

1.4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Aus den dargelegten Ergebnissen und der dazugehörigen Zusammenfassung dieser summativen Evaluation werden im Folgenden Schlussfolgerungen zur neuen Versorgungsform (nVF) isPO abgeleitet. Diese beziehen sich zum einen auf die Wirksamkeit von isPO in Bezug auf das Teilmodul „psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung“ (primäres Outcome, Kapitel 1.4.1) und zum anderen auf die Versorgungsqualität (sekundäres Outcome 1, Kapitel 1.4.2).

Dazu werden die Limitationen im Kontext von isPO benannt und kritisch diskutiert. Die Empfehlungen aus der externen Evaluation basieren konsequent auf den in isPO getätigten Analysen und detektierten empirischen Ergebnissen. Die Handlungsempfehlungen werden für Versorgende, Projektfördernde / -träger und Evaluationsexpert:innen vorgeschlagen.

1.4.1 Primäres Outcome: Wirksamkeitsanalysen zur psychoonkologisch-psychotherapeutischen isPO-Versorgung

Im Rahmen der Wirksamkeitsanalysen der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgung als Teilmodul des isPO-Programms stellt der HADS (ein Maß für Angst und Depression) das primäre Outcome dar. Patient:innen mit einem HADS-Gesamtwert zwischen 15 und 42 Punkten können eine psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung in isPO in Anspruch nehmen. Patient:innen mit einem HADS-Gesamtwert mit 14 oder kleiner können bei indiziertem Bedarf eine psychosoziale Versorgung in isPO erhalten. Für die Wirksamkeitsanalyse mittels des Regressions-Diskontinuitäts-Designs (RDD) wurde der HADS-Wertebereich zwischen 13-16 Punkten herangezogen, d. h. es handelte sich in Bezug auf Angst und Depression um leicht bis mittelgradig belastete Patient:innen. In diesem Bereich sind eine Interventions- und eine Kontrollgruppe in Bezug auf Interventionseffekte miteinander verglichen worden.

Patient:innen in der Interventionsgruppe (HADS zu T1: 15-16 Punkte) wurden von Psychotherapeut:innen (PT) und jene in der Kontrollgruppe (HADS zu T1: 13-14 Punkte) von

Psychosozialen Fachkräften (PSF) versorgt. Wie im isPO-Versorgungskonzept formuliert, ist die primäre Aufgabe der PT, die krankheitsbedingte psychologische Stabilisierung des:der Patient:in durch psychotherapeutische Behandlung zu gewährleisten, wohingegen sich die PSF mit den lebenspraktischen sozialen Herausforderungen (z. B. Beratung zur Rehabilitation, Frühberentung) beschäftigen.

Mit Ende dieses Projektes (31.03.2022) lässt sich mittels des Regressions-Diskontinuitäts-Designs (RDD) und anhand der vollständigen RDD-Stichprobe (n = 202) kein signifikanter Interventionseffekt nachweisen. Dies bedeutet, dass sich die Patient:innen der Interventionsgruppe (psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung) im Vergleich zu den Patient:innen der Kontrollgruppe (psychosoziale Versorgung) in Bezug auf das Outcome HADS nach vier Monaten (T1 zu T2) und nach zwölf Monaten isPO-Versorgung (T1 zu T3) nicht signifikant unterscheiden.

Zwar ergab sich auch über den Interventionszeitraum hinweg eine Reduktion der HADS-Werte bei der Interventionsgruppe, jedoch unterschied sich diese Reduktion nicht signifikant von jener der Kontrollgruppe. Im gewählten HADS-Wertebereich (13-16) zeigt sich innerhalb von isPO, dass die psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung einer psychosozialen Versorgung nicht überlegen ist.

Hinsichtlich der Einordnung des Ergebnisses muss beachtet werden, dass sich das RDD nur auf einen Teilbereich der gestuften isPO-Versorgung bezieht. Die komplexe nVF isPO versorgt Patient:innen auf vier Stufen. Daher wurden – wie im Antrag aufgeführt – sekundär weitere HADS-Schwellenwerte untersucht und diverse Subgruppenanalysen durchgeführt. Diese Analysen lieferten wichtige Hinweise zur umfassenden Einbettung der Ergebnisse der Hauptwirksamkeitsanalysen.

Die Zusatzanalysen zeigen insbesondere, dass psychoonkologisch-psychotherapeutisch behandelte Patient:innen, die hohe HADS-Ausgangswerte aufwiesen und damit psychisch stark belastet waren, nach der einjährigen isPO-Versorgung eine deutliche Verbesserung der HADS-Werte zu verzeichnen hatten. Die Zufriedenheit mit der Anzahl psychoonkologisch-psychotherapeutischer Gespräche wie auch die tatsächliche Anzahl dieser Gespräche wirkten sich zudem günstig auf die Belastungsreduktion aus, insbesondere in den ersten vier Monaten (T1 zu T2) der Versorgung im isPO-Programm.

Limitationen:

- In der frühen Implementierungsphase (Beginn Januar 2019) mussten noch zahlreiche Optimierungsschleifen zur Ausreifung des Programms vorgenommen werden. Wirksamkeitsanalysen sind in der Regel jedoch nur dann ertragreich, wenn sich die jeweilige komplexe Intervention bereits „eingeschwungen“, d. h. normalisiert hat.
- In nur einem Versorgungsnetzwerk (VN) wurde eine PSF als isPO-Versorgende eingestellt. Entgegen der isPO-Programmkonzeption wurde diese Rolle in den anderen drei VN durch eine:n PT übernommen. Diese Rollenüberschneidung wurde während des Projektverlaufs von der externen Evaluation als problematisch angemerkt. Von den VN wurde als Begründung eine mangelnde Ressourcenausstattung angeführt.
- Die Anwendung des RDD geht mit einer lokalen Randomisierung der Interventions- und Kontrollgruppenteilnehmenden einher. Die detaillierten Subgruppenanalysen zeigen, dass sich die Kontroll- und Interventionsgruppe im Projektverlauf unterscheiden und durch weitere Faktoren beeinflusst wurden. Damit sind die RDD-Ergebnisse nur begrenzt interpretierbar.

Tabelle 7: Handlungsempfehlungen aus den Wirksamkeitsanalysen zum primären Outcome.

Zielgruppe	Handlungsempfehlungen
Versorgende	<ul style="list-style-type: none"> Nicht nur die Ausprägung von Angst und Depression, auch die Einschätzungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit haben einen signifikanten Einfluss auf das Belastungserleben von Krebspatient:innen. Bei der Versorgung von Krebspatient:innen ist wichtig, hierfür weiterhin sensibel zu bleiben.
Projektträger / -fördernde	<ul style="list-style-type: none"> Die externe Evaluation hat gezeigt, dass aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit eine vollständige Ausreifung der Intervention im Sinne der Erreichung einer neuen Normalsituation im Laufe der Evaluationszeit noch nicht gegeben war. Dies kann nicht nur zu einer tendenziellen Unterschätzung des Interventionseffektes führen, sondern auch dazu, dass Einflussfaktoren, die sich aus der Neuerung bzw. dieser Veränderung selbst ergeben, die Effekte der Intervention zeitweise überlagern. Längere Projektlaufzeiten könnten hier Abhilfe schaffen.
Evaluations-expert:innen	<ul style="list-style-type: none"> Für Interventionen in diesem Kontext ist zu erwägen, neben Angst und Depression weitere sekundäre Outcomes wie Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Fatigue-Syndrom zu erheben. Bei RDD-Analysen ist wichtig, dass neben der zentralen Intervention weitere Einflüsse auf die Interventions- und Kontrollgruppe erfasst und berücksichtigt werden. Weil vor allem in der Anfangsphase der isPO-Intervention die RDD-Ergebnisse für eine tendenziell interventionsbedingte Reduktion von Ängsten und Depressionen sprechen (Messzeitpunkte T1 zu T2, Kontroll- und Interventionsgruppe), sollte künftig untersucht werden, inwiefern und unter welchen Bedingungen eine frühzeitige psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung für die Patient:innen von besonderem Nutzen sein könnte. Zur detaillierten Interpretation der Wirksamkeit einer nVF können Zusatzanalysen (wie in isPO getätigt) bezüglich unterschiedlicher Patient:innen-Subgruppen hilfreich sein.

1.4.2 Sekundäres Outcome 1: isPO-Versorgungsqualität

In die Bewertung der isPO-Versorgungsqualität sind alle relevanten Leistungs- und Versorgungsmerkmale eingegangen. Die folgenden Schlussfolgerungen fußen auf den qualitativen und quantitativen Analysen zu Versorgungserfahrungen, zur Versorgungsstruktur sowie zu Versorgungsprozessen und -ergebnissen. In letztere sind die Elemente der Versorgungsintegrität, der Programmadhärenz und der Versorgungsleistung eingeflossen.

1.4.2.1 Versorgungserfahrungen der Patient:innen

Die Versorgungsqualität des isPO-Programms ist auf der Basis der Versorgungserfahrungen der Patient:innen als gut bis sehr gut einzustufen. Dafür sprechen vor allem hohe Zufriedenheitswerte der Patient:innen mit isPO über alle Versorgungsnetzwerke (VN) hinweg. Zudem wird isPO mehrheitlich als subjektiv wirksam und bedarfsorientiert wahrgenommen.

Diese subjektiv empfundene Wirksamkeit sowie die Zufriedenheit mit der Bedarfsorientierung und mit der Gesprächshäufigkeit beeinflussen signifikant positiv den subjektiv eingeschätzten Gesundheitsstatus wie auch die Arbeitsfähigkeit. Gleichzeitig zeigt sich sowohl für den

Gesundheitsstatus als auch für die Arbeitsfähigkeit ein statistisch bedeutsamer Anstieg über den Versorgungszeitraum hinweg.

Die Patient:innen schätzen an der nVF isPO speziell die bedarfsorientierte Ausrichtung. Die professionsübergreifende Behandlung und die damit einhergehenden unterschiedlichen Unterstützungsangebote wurden als hilfreich bewertet. Insbesondere die Mut machende Kommunikation „auf Augenhöhe“ mit den isPO-Onkolots:innen (isPO-OL) als ehemals selbst Kranker:innen wurde von den Patient:innen als sehr zuträglich für die individuelle Krankheitsbewältigung empfunden. Eine hohe Zufriedenheit mit den isPO-OL-Gesprächen, dem isPO-Case Management (isPO-CM) und der Psychosozialen Fachkraft gingen signifikant mit einer hohen Programmzufriedenheit und mit einer geringeren Angst und Depression (HADS-Wert) einher.

Eine gute therapeutische Allianz in der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgung hängt signifikant mit einer hohen Zufriedenheit mit der Bedarfsorientierung von isPO zusammen. Im Rahmen eines guten therapeutischen Arbeitsbündnisses zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in fühlten sich demnach die Patient:innen bedarfsgerecht versorgt, was sich wiederum reduzierend auf den HADS auswirkte.

Die Patient:innen schätzten zudem die flexible Handhabung der psychoonkologischen Versorgung, wie z. B. die unterschiedlichen Modi (Versorgung von-Angesicht-zu-Angesicht, telefonisch, per Videositzung oder „Blended care“). Dies gewährleistete während der COVID-19-Pandemie eine hohe Versorgungskontinuität. Der studienbedingte Versorgungszeitraum von zwölf Monaten wurde unterschiedlich wahrgenommen. Einige erlebten die einjährige Versorgung als zu kurz, andere formulierten, für sie wären wenige Monate ausreichend gewesen.

Tabelle 8: Handlungsempfehlungen aus den Versorgungserfahrungen der isPO-Patient:innen.

Zielgruppe	Handlungsempfehlungen
Versorgende	<ul style="list-style-type: none"> • Da die Zuweisung zur isPO-Versorgung über die ambulanten onkologischen Praxen seltener erfolgte, sollte für einen sektorenübergreifenden Versorgungszugang der Ausbau des Netzwerks von stationär und ambulant tätigen Ärzt:innen erwogen werden. In diesem Netzwerk könnten Schulungen durchgeführt werden, um auf die zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten der Psychoonkologie aufmerksam zu machen. • Als wichtige Marker für unterschiedliche Patient:innenbedarfe sind der Schweregrad der Erkrankung, das Alter und / oder die familiäre Situation bedeutsam. Diese individuellen Voraussetzungen können durch die Nutzung systematischer Screening-Verfahren erfasst werden (z. B. isPO-Fragebogen zum psychosozialen Risiko). • Niedrigschwellige Versorgungsangebote, etwa durch die Selbsthilfe (z. B. isPO-OL), können für die Patient:innen förderlich sein. Jene Patient:innen, die isPO-OL-Gespräche in Anspruch nahmen, haben diese sehr geschätzt und als hilfreich empfunden. • Eine flexible Handhabung psychoonkologischer Versorgungszeiträume wird angesichts der unterschiedlich geäußerten Patient:innenbedarfe empfohlen. • Die Flexibilität in Bezug auf den Interventionsmodus (angesichtlich, telefonisch, per Videochat oder „Blended care“) sollte beibehalten werden, da sie eine bedarfsorientierte Versorgung stärkt und auch Patient:innen aus versorgungsschwachen, ländlichen Regionen einen kontinuierlichen Zugang ermöglichen kann.

	<ul style="list-style-type: none"> Zur Informationsaufbereitung für Patient:innen bieten sich Qualitätserfassungsinstrumente, wie z. B. eine Checkliste zur Bewertung und Erstellung von Informationsmaterialien an (z. B. UPIM-Check, https://www.imvr.de/forschung/upim-check). Auch ein webbasiertes Patient:innen-Informationsportal (wie für isPO umgesetzt) kann die Komplexität eines Versorgungsangebots für Patient:innen und ihre Angehörigen reduzieren sowie dieses verständlicher machen (https://ispo.uni-koeln.de).
Projekträger / -fördernde	<ul style="list-style-type: none"> Ein besonderes Augenmerk kann auch auf niedrigschwellige Unterstützungsangebote wie die isPO-OL gelegt werden. In isPO wurde dieser zu Beginn der Versorgung implementierte Peer-Support von den Patient:innen als hilfreich für ihre Krankheitsbewältigung bewertet. Im Kontext unterschiedlicher Lots:innen-Modelle, Funktionen und Wirkungen besteht hier, je nach Setting, weiterer Forschungsbedarf.
Evaluations-expert:innen	<ul style="list-style-type: none"> Zur Bewertung der Versorgungsqualität ist – so unsere Erkenntnis – die Perspektive der Patient:innen oftmals besonders bedeutsam. Es empfiehlt sich, deren Sichtweisen möglichst umfangreich, differenzierend und somit methodenvielfältig (qualitativ und quantitativ) zu erfassen.

1.4.2.2 Versorgungserfahrungen der isPO-Versorgenden

Das isPO-Case Management (isPO-CM), die isPO-Onkolots:innen (isPO-OL), die Psychosozialen Fachkräfte (PSF) und die Psychotherapeut:innen (PT) gehören zu den isPO-Versorgenden. Diese bewerten den strukturierten Aufbau und psychoonkologischen Behandlungsablauf insgesamt positiv. Etwa drei von vier Versorgenden bewerten das isPO-Konzept als gut bis sehr gut (insg. 71,4 %). Die Versorgenden schätzen überdies die Möglichkeit, die Patient:innen der jeweiligen Behandlungsstufe über diagnostische Instrumente zuordnen zu können. Dennoch ist auch die klinische Einschätzung wichtig, die in der Stufenzuordnung in isPO keine Berücksichtigung findet.

Im Vergleich zum isPO-Versorgungskonzept wird die Umsetzung kritischer bewertet. Je weniger finanzielle Ressourcen den VN nach eigenen Angaben zur Verfügung standen, je höher der organisatorische Aufwand durch isPO, je mehr Einschränkungen durch isPO in den alltäglichen Arbeitsabläufen und je ausgeprägter die Einschätzung, dass sich die Arbeitsbedingungen durch isPO eher verschlechtert haben, desto signifikant schlechter wurde die isPO-Umsetzung bewertet.

Die isPO-OL beschreiben ihre Tätigkeit als für sie besonders sinnstiftend und für die Patient:innen hilfreich. Daher wünschen sie sich, dass sie von den professionellen isPO-Versorgenden noch stärker wahrgenommen und in die Versorgungsabläufe einbezogen werden. Eine intensivere Vorbereitung auf die isPO-OL-Tätigkeit über die derzeitige Schulung hinaus wird teilweise auch angesprochen, um Patient:innengespräche beispielsweise problemzentrierter und ressourcenorientierter führen zu können. Für die isPO-OL als ehemals selbst an Krebs Erkrankte und aus der Sicht der Patient:innen scheint diese niedrigschwellige Versorgung offenkundig gleichermaßen bedeutsam.

Weitere Erkenntnisse:

- Die Wissenslücken zum isPO-Programm und zur isPO-Studie sowie die Unsicherheiten zu verschiedenen Rollen und Aufgabenbereichen innerhalb der isPO-Versorgung waren teils hinderlich für das Projektverständnis und die Rollenidentifikation.
- In isPO wurden die psychoonkologisch-psychotherapeutischen Behandlungsmanuale vielfach als „zu stark verhaltenstherapeutisch“ bewertet. Dies entspricht aus Sicht der PT

nicht der Versorgungsrealität, denn in dieser kämen auch andere therapeutische Ansätze zum Einsatz.

- Das komplexe Konzept zur detaillierten Dokumentation der isPO-Patient:innenversorgung stieß zu Beginn der Intervention auf Akzeptanzprobleme. Der Arbeitsaufwand wurde angesichts der zahlreichen zu tätigenen Angaben als zu hoch eingeschätzt. Dies wurde im Rahmen der formativen Evaluation im ersten Implementierungsjahr von den Evaluator:innen an die Projektleitung und das für CAPSYS²⁰²⁰ zuständige Institut für Medizinische Informatik der Fachhochschule Dortmund (MIFH) zurückgemeldet, woraufhin entsprechende Anpassungen vorgenommen wurden.

Tabelle 9: Handlungsempfehlungen aus den Versorgungserfahrungen der isPO-Versorgenden.

Zielgruppe	Handlungsempfehlungen
Versorgende	<ul style="list-style-type: none"> • Neben dem HADS sollten zur Diagnostik einer psychischen Belastung durch eine Krebserkrankung vor allem auch klinisch-diagnostische Einschätzungen herangezogen werden. • Von den Versorgenden werden multiprofessionelle, gut zusammenarbeitende Teams als zuträglich für eine bedarfsgerechte, patient:innenorientierte Versorgung erlebt. Hierauf sollte ein besonderes Augenmerk gelegt werden. • Iterative Qualitätszirkel und / oder technische Hilfestellungen (z. B. über ein Helpdesk) können innerhalb der nVF dem Wissenstransfer, den Versorgungsabläufen und dem Umgang mit Herausforderungen zuträglich sein. • Ein partizipatives Qualitätsmanagement kann für Projekt-Implementierungen und / oder Verstetigungen hilfreich sein. • Möglichkeiten der Einbindung von isPO-OL bzw. der Krebsselfhilfe in etwa Qualitätszirkel bieten sich an, um Versorgung integrativ und damit bedarfsgerecht zu gestalten. • Fachliche Expertisen der Versorgenden können schon in Projektplanungsphasen, z. B. bei der Erstellung von Behandlungsmanualen, einfließen. Nach Rücksprache mit den Psychoonkolog:innen / Psychotherapeut:innen könnten so ggf. weitere anerkannte psychotherapeutische Ansätze und Dokumentationskonzepte bedarfsgerecht einbezogen werden.
Evaluations-expert:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen formativer Evaluationen können Methoden der partizipativen Gesundheits- / Aktionsforschung angewandt werden, sofern Wissen aus Theorie und Praxis miteinander verzahnt und die aktive Teilhabe Versorgender in der nVF gestärkt werden soll. Die Zusammenführung der Perspektiven ist dabei auf die Erhöhung der Passgenauigkeit von Interventionen für bestimmte Zielgruppen ausgerichtet.

1.4.2.3 Versorgungserfahrungen des onkologischen Klinikpersonals

Etwa drei Viertel des befragten onkologischen Klinikpersonals (Ärzt:innen und Pflegekräfte) bewerten das isPO-Programm mit gut (57,1 %) bis sehr gut (21,1 %). Neun von zehn (92,8 %) sind der Meinung, dass isPO den Patient:innen zugute kommt. Teilweise kritisch wurde seitens des onkologischen Personals formuliert, dass es sich mehr Informationen zum Programm und zur eigenen Rolle in isPO (Arbeitsaufgabe und -ablauf) gewünscht hätte. Zudem merkte etwa ein Drittel der Befragten an, dass die isPO-Aufgaben (wie Zuweisungen und Empfehlungen) zu ihrer Arbeitslast hinzukamen, mit erhöhtem Arbeitsaufwand verbunden oder schwer in den Klinikalltag einzubauen waren.

Eine die Aussagekraft einschränkende Limitation ist, dass die Programmziele zu isPO und den Versorgungsabläufen selbst mit Beginn der isPO-Versorgung teils noch unklar waren. Zwar wurde von Seiten der Projektleitung über zugehende Informationsvermittlung in den verschiedenen VN gegengesteuert, doch Personalmangel und Fluktuationen des Personals erschwerten oftmals die Programmaufklärung.

Tabelle 10: Handlungsempfehlungen aus den Versorgungserfahrungen des onkologischen Klinikpersonals.

Zielgruppe	Handlungsempfehlungen
Versorgende	<ul style="list-style-type: none"> Das onkologische Stationspersonal sollte für psychoonkologische Implementierungsprozesse frühzeitig und kontinuierlich angesprochen und informiert werden. Eine adressat:innenorientierte Zusammenstellung und ggf. Aufbereitung von Informationsmaterialien für klinisches Personal (z. B. Leitfaden Psychoonkologie, Programmflyer, Poster) kann über die persönliche Ansprache hinaus hilfreich sein. Eine professionsübergreifende Zusammenarbeit zwischen klinischem und psychoonkologischem Personal kann eine integrativ und bedarfsgerecht angelegte Versorgung sowie die Programmadhärenz stärken. Ein regelmäßiger Austausch, z. B. im Rahmen von Tumorkonferenzen, Teammeetings oder Qualitätszirkeln, könnte die Zusammenarbeit weiter fördern.

1.4.2.4 isPO-Versorgungsstruktur (CAPSYS2020)

Die Versorgungsstruktur für die nVF isPO ist in CAPSYS²⁰²⁰ vollständig informationstechnisch repräsentiert. Alle isPO-Produkte sind miteinander verlinkt und in einer anwender:innenfreundlichen Weise verfügbar. CAPSYS²⁰²⁰ hat einen hohen Ausreifungsgrad und kann standortunabhängig eingesetzt werden, was besonders für eine Übertragung in die Regelversorgung wichtig ist. CAPSYS²⁰²⁰ wurde in seiner vollendeten Form von den Anwendenden als positiv und unterstützend bewertet. Viele anfängliche Kritikpunkte konnten im Prozess optimiert werden.

Limitationen:

- Doppelte Dokumentationen in den Krankenhausinformationssystemen (z. B. KIS / ORBIS) und in CAPSYS²⁰²⁰ führten in den VN zu Mehraufwand und wurden gerade zu Anfang des Projektes kritisch gesehen. Die parallele Dokumentation konnte jedoch nicht aufgehoben werden. Die Abrechnung in Krankenhausinformationssystemen erfolgt, im Unterschied zu CAPSYS²⁰²⁰, nicht sektorenübergreifend. Ein Eingriff in die Krankenhausinformationssysteme wurde aus vertragsrechtlichen Gründen mit den Software-Herstellern und vor dem Hintergrund einer erst einmal nur begrenzten isPO-Projektlaufzeit nicht vorgenommen. Zusätzliche finanzielle Mittel für eine Schnittstellenprogrammierung standen nicht zur Verfügung. Diese Gründe für den etwaigen Mehraufwand doppelter Dokumentationen wurden den VN transparent kommuniziert, was diese sodann mit mehr Verständnis aufnahmen.

Tabelle 11: Handlungsempfehlungen zur Versorgungsstruktur.

Zielgruppe	Handlungsempfehlungen
Versorgende	<ul style="list-style-type: none"> Sollte CAPSYS²⁰²⁰ zukünftig in der Regelversorgung genutzt werden, können zwecks Anwendung Einführungen, Schulungen und prozessgeleitete Kurzanleitungen dienlich sein. Im isPO-Projekt erwies sich das hierfür speziell eingerichtete Helpdesk als besonders hilfreich.
Projekträger / -fördernde	<ul style="list-style-type: none"> Kompatibilitäten und Anschlussmöglichkeiten von CAPSYS²⁰²⁰ mit den im Gesundheitswesen genutzten Dokumentationssystemen sind

	möglich und könnten über (finanzierte) Schnittstellenprogrammierungen gelöst werden.
--	--

1.4.2.5 Versorgungsprozesse und -ergebnisse

Versorgungsintegrität

Mit Blick auf die Versorgungsintegrität von isPO ist innerhalb der internen Evaluation (IMSB) analysiert worden, ob das Versorgungsprogramm gemäß des isPO-Versorgungskonzepts (inkl. Behandlungsmodule) umgesetzt wurde. Im Zuge dessen wurde z. B. geprüft, ob die Zuweisung zu den verschiedenen Versorgungsstufen programmäqu Coast vorgenommen und der HADS studienkonform erhoben wurde. Weiterhin wurde detektiert, ob es klinisch relevante Veränderungen im HADS gab.

Aus den Analysen zur Versorgungsintegrität geht hervor, dass die Zuteilung der Patient:innen nach HADS-Schwelle ausnahmslos projektkonform erfolgt, also alle Patient:innen gemäß ihres Bedarfs zugeteilt wurden.

Patient:innen, die PT-Gespräche erhielten, zeigten bereits von T1 zu T2 höhere Raten einer signifikanten, klinisch relevanten (RCI) Verbesserung im HADS als Personen, die keine PT-Gespräche erhielten. Auch über den einjährigen Versorgungszeitraum zeigte sich, dass sich die HADS-Werte der Patient:innen mit psychoonkologisch-psychotherapeutischer Behandlung vor allem in den ersten vier Monaten signifikant verbesserten. Somit ist der frühzeitige Zugang zur psychoonkologischen Versorgung innerhalb der ersten Monate nach Erhalt der Krebsdiagnose von großem Patient:innennutzen und als wichtiger Qualitätsindikator zu bewerten.

Zudem wurde sichtbar, dass die Anzahl an PT-Gesprächen signifikant auf die Veränderung des HADS über die Zeit wirkt, was wiederum für eine bedarfsorientierte psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung höher belasteter Patient:innen spricht. Bei den PSF-Gesprächen zeigten sich diese Effekte nicht. Die Zufriedenheit mit dem Kontakt zur PSF (so zeigen die Versorgungserfahrungen) scheint eine größere Relevanz in Bezug auf die Reduktion der Belastung (HADS) zu haben als die PSF-Gesprächsanzahl.

Programmadhärenz

Die Programmadhärenz ist gegeben, wenn die vorgegebenen Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren im Rahmen der Durchführung des isPO-Programms tatsächlich realisiert wurden. Die Analysen des IGKE zur Programmadhärenz zeigen, dass mit einem durchschnittlichen Implementierungsgrad von 90 % die (hauptsächlich strukturellen) Qualitätsmerkmale wie Versorgungsverträge, -konzept und -management sowie Qualitätsmanagement und Versorgungstelematik in der Versorgungspraxis umgesetzt wurden. Die Umsetzung des isPO-Versorgungsprogramms auf Basis der Daten zu den Qualitätsindikatoren, wie z. B. Einschreibungen in Verträge, durchgeführte Gespräche, durchschnittliche Zeitspannen zum Erhalt der Leistungen oder zwischen Durchführung und Dokumentation, war zu 75 % gegeben. Die Ziele zur Programmadhärenz in Bezug auf die Qualitätsmerkmale und -indikatoren sind demnach insgesamt zu 83 % erfüllt, was laut IGKE für einen hohen Grad der isPO-Programmumsetzung spricht.

Passfähige, trennscharfe und transparent kommunizierte Qualitätsmerkmale und -indikatoren waren der Programmadhärenz in ihrem Soll-Ist-Vergleich zuträglich. Diesbezüglich hat sich der partizipative Qualitätsmanagementansatz über alle VN aus Sicht des IGKE als besonders hilfreich erwiesen.

Versorgungsleistung

Die Versorgungsleistung in isPO wird durch die multidisziplinären Teams in den VN erbracht. Sie wird hier als Prozessqualität verstanden. Dabei wurde ersichtlich, dass diese Prozessqualität besonders in der frühen Implementierungsphase nicht immer optimal war. Dies lag mitunter daran, dass es teils noch Aufklärung zur komplexen nVF isPO bedurfte, nicht alle zur Versorgung benötigten Produkte verfügbar waren und das Informations- und Dokumentationssystem CAPSYS²⁰²⁰ weiter ausgearbeitet wurde.

Insbesondere gab es in folgenden Punkten unterschiedliche Varianzen zwischen den VN: a) Zeitpunkt und Inanspruchnahme des ersten isPO-OL-Informationsgesprächs und b) Zeitpunkt des Erstgesprächs mit dem:der PT oder der PSF. Dahingegen hat sich die COVID-19-Pandemie als nicht einflussnehmend auf die Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche ausgewirkt, was für verlässlich erbrachte isPO-Leistungen auch unter pandemischen Versorgungsbedingungen spricht.

Weitere Erkenntnisse:

- Bei der Programmadhärenz wurden zwischen den VN mitunter erhebliche Varianzen in den isPO-betreffenden administrativ-organisatorischen Abläufen und Strukturen sichtbar. Diese Herausforderungen wurden in den Qualitätsworkshops und -zirkeln im Rahmen des isPO-Qualitätsmanagements lösungsorientiert thematisiert.

Tabelle 12: Handlungsempfehlungen zu den Versorgungsprozessen und -ergebnissen.

Zielgruppe	Handlungsempfehlungen
Versorgende	<ul style="list-style-type: none"> • Im Zuge kontinuierlicher psychoonkologischer Versorgung besonders in den ersten vier Monaten nach Krebsdiagnose sind netzwerk- und sektorenübergreifende Strukturen sowie feste Ansprechpartner:innen (insb. Case Manager:innen, Psychotherapeut:innen) für die Patient:innen zu empfehlen. Durch Sektorengrenzen bedingte Versorgungsabbrüche sollten vermieden werden. • Die psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung von höher belasteten Patient:innen sollte beibehalten und weiterhin bedarfsgerecht erbracht werden. • Der Programmadhärenz kann zuträglich sein, Abläufe und Strukturen zunächst netzwerkspezifisch und dann -übergreifend zu fokussieren. Über z. B. Qualitätsworkshops, -zirkel, Schulungen und Benchmarking bietet sich sodann ein regelmäßiger konstruktiver Austausch zwischen den verschiedenen VN mit ihren unterschiedlichen kontextuellen Gegebenheiten an.

1.4.3 Zusammenfassung der Schlussfolgerungen und Hauptempfehlungen

Die psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung hat sich im leichten bis mittleren Belastungsbereich gegenüber der psychosozialen Beratung als nicht überlegen erwiesen, wenn man den HADS als primäres Outcome-Kriterium heranzieht. Zusatzanalysen zeigen, dass besonders hochbelastete Patient:innen von der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Behandlung profitieren.

Darüber hinaus haben die Ergebnisse zur Versorgungsqualität ergeben, dass das gesamte gestufte isPO-Programm (isPO-Onkolots:innen plus psychosoziale Beratung plus psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung) von den Patient:innen und den

Versorgenden als besonders bedarfsgerecht wahrgenommen und auch in seinen Komponenten positiv bewertet wird. Vor allem die niedrigschwellige Versorgung durch die isPO-OL (Krebsselfhilfe) wird als hilfreiches Angebot für die Patient:innen betrachtet.

Die Limitationen der Studie beziehen sich einerseits auf die erforderliche Zeit zur Ausgestaltung der nVF isPO inklusive ihrer Komponenten. Die externe Evaluation hat gezeigt, dass eine für die Wirksamkeitsanalysen erforderliche Normalisierung in den isPO-Versorgungsabläufen aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit erst gegen Ende des Projekts gegeben war. Andererseits bringt das Regressions-Diskontinuitäts-Design mit seinen spezifischen (auch ethischen) Vorzügen der lokalen Randomisierung mit zufälligen Zuteilungen in Behandlungs- und Kontrollgruppe auch Einschränkungen mit sich. Diese hängen in isPO mit der gestuften, bedarfsorientierten Versorgung zusammen. So gab es keine Placebo- oder Nullgruppe, da alle eine am Bedarf orientierte isPO-Versorgung erhielten.

Auf der Basis der Schlussfolgerungen und Limitationen ergibt sich folgendes Gesamtfazit:

Die Evaluationsergebnisse legen nahe, dass bei Patient:innen im leichten bis mittleren psychischen Belastungsbereich eine psychosoziale Beratung ausreicht. Hierfür können wir eine starke Empfehlung aussprechen. Auf der Basis der Zusatzauswertungen empfehlen wir weiterhin die Anwendung der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Behandlung für Patient:innen im hohen psychischen Belastungsbereich. Diese psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung kann bedarfsweise um die psychosoziale Beratung durch die jeweiligen Fachkräfte ergänzt werden. Zudem empfehlen wir auf der Grundlage der Ergebnisse, die niedrigschwellige isPO-OL-Versorgung einzuführen.

2. Bericht zur gesundheitsökonomischen Evaluation von isPO

2.1 Einleitung (Projektbeschreibung)

Im Rahmen des Projekts „Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie“ (isPO) wurde eine neue psychoonkologische Versorgungsform entwickelt, in der klinischen Praxis erprobt und in Bezug auf Wirksamkeit, Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit evaluiert. Im Rahmen des Projekts isPO wurden im Einklang mit den Forderungen des Nationalen Krebsplans der Bundesregierung onkologische Versorgungsstrukturen weiterentwickelt und ein begleitendes Qualitätsmanagement etabliert. Ziel der neuen Versorgungsform isPO war es, durch eine psychoonkologische Unterstützung Unsicherheiten, Ängste und Depressionen bei den eingeschlossenen Patient:innen zu verringern. Patient:innen, die im Studienzeitraum die Erstdiagnose Krebs erhielten, konnten an der neuen Versorgungsform isPO teilnehmen. Sie wurden an vier Standorten in ärztlich geleiteten Versorgungsnetzwerken in Nordrhein-Westfalen rekrutiert.

Die neue Versorgungsform isPO basiert auf einer gestuften Versorgung mit evidenzbasierten Leistungsmerkmalen und vier verschiedenen Versorgungsstufen (Stufe 0: Case Management, Stufe 1: isPO-Onkolotse; Stufe 2: Psychosoziale Versorgung; Stufe 3a: Psychosozial-psychotherapeutische Versorgung; Stufe 3b: Psychoonkologische Komplexversorgung). Die im Rahmen von isPO entwickelte psychoonkologische Versorgung wurde insbesondere in den Stufen 3a und 3b durchgeführt.

Für die Wirksamkeit von Interventionen zur psychosozialen Betreuung von Krebspatienten in Bezug auf die Verringerung von Depressionen und Ängsten sowie einer Verbesserung der Lebensqualität liegt Evidenz vor (Walker et al. 2014; Thewes et al. 2018). Für Deutschland fehlen jedoch Daten zur Kosten-Effektivität von komplexen psychoonkologischen Interventionen (Tuffaha et al. 2019). Auch im isPO-Projekt war bei Antragstellung keine gesundheitsökonomische Evaluation vorgesehen. Eine Wirtschaftlichkeitsanalyse wurde jedoch für die neue Versorgungsform isPO durch den Abschluss der Vereinbarung der

„besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V erforderlich, da für die Übernahme von neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch die Wirtschaftlichkeit von Bedeutung ist. Die gesundheitsökonomische Evaluation wurde nachträglich in das Projekt integriert. Der Förderer stimmte der Integration der gesundheitsökonomischen Evaluation in den Arbeitsplan des Forschungsprojektes isPO im April 2020 31 Monate nach Projektstart zu (Änderungsbescheid vom 09. April 2020).

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war es, die Auswirkungen der neuen Versorgungsform isPO auf Kosten und Inanspruchnahme von GKV-Leistungen der Patient:innen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Regelversorgung aus GKV-Perspektive zu bestimmen. Die gesundheitsökonomische Evaluation setzte auf das bestehende Konzept des Forschungsvorhabens auf. Sie basiert ausschließlich auf GKV-Routinedaten der beteiligten Krankenkassen. Routinedaten lieferten die AOK Rheinland/Hamburg, die BARMER, die DAK Gesundheit und die Techniker Krankenkasse. Die Analyse der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde vom IGKE vorbereitet und durchgeführt.

2.2 Methodik

2.2.1 Studiendesign und Datenbasis

Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurde die Methode der Kosten-Konsequenzen-Analyse gewählt. Bei dieser Art der Analyse werden Kosten und Nutzen einer Intervention nicht vergleichend, sondern disaggregiert dargestellt (Brazier et al. 2009). Im vorliegenden Projekt wurden die Kosten aus den Routinedaten der teilnehmenden Krankenkassen gewonnen (Reinhold et al. 2011; Schreyögg and Stargardt 2012). Der Nutzen der Intervention wurde anhand der Auswirkungen der neuen Versorgungsform auf Angst und Depression der teilnehmenden Patient:innen über die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) nach 12 Monaten bewertet. Ergebnisse zum Nutzen liegen nur für die Interventionsgruppe vor. Für die Kontrollgruppe aus den Routinedaten der teilnehmenden GKVen liegen keine Daten vor, da Angaben zu ‚Angst und Depression‘, gemessen mit dem HADS, nicht Bestandteil von Routinedaten sind. Für die Daten zum Nutzen der Interventions- und Kontrollgruppe aus der isPO Population wird daher auf den Abschlussbericht des Gesamtprojektes verwiesen.

Ein vergleichendes Studiendesign (Kosten-Effektivitäts-Analyse bzw. Kosten-Nutzwert-Analyse) wurde aufgrund des RDD-Studiendesigns und der geringen Anzahl an auswertbaren Fällen für die gesundheitsökonomische Evaluation als nicht sinnvoll angesehen. Eine Erweiterung der Datenbasis, über z.B. klinische Daten oder Daten aus Landeskrebsregistern mit Informationen zum Staging, war aus zeitlichen Gründen (hoher Aufwand mit langer zeitlicher Latenz) und aus Datenschutzgründen nicht möglich.

Die monetären Auswirkungen der neuen Versorgungsform isPO auf Kosten und Inanspruchnahme von GKV-Leistungen wurden anhand folgender Fragestellung analysiert:

- Wie unterscheiden sich die Gesamtkosten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Interventionszeitraum?
- Wie unterscheiden sich einzelne Kostenarten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Interventionszeitraum?
- Wie unterscheidet sich die Krankenhaus-Verweildauer zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Interventionszeitraum?
- Wie unterscheiden sich die DRG-Bewertungsrelationen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Interventionszeitraum?

- Wie unterscheiden sich die Ausgaben für Onkologika zwischen Interventions- und Kontrollgruppe?
- Wie unterscheidet sich der CCI zwischen Interventions- und Kontrollgruppe?

Die Evaluation basierte auf Abrechnungsdaten der beteiligten Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK Gesundheit und Techniker Krankenkasse. Die gelieferten Daten umfassen den Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2020. Die Daten wurden nicht krankenkassenbezogen ausgewertet, sondern über alle Krankenkassen hinweg.

Die Datenabfrage umfasste die folgenden Bereiche der Routinedaten der Krankenkassen:

- Versichertenstammdaten
- Ambulante Versorgung (SGB V § 295 Abs. 2)
- Stationäre Versorgung (SGB V § 301 Abs. 1)
- Arzneimittelversorgung (SGB V § 300 Abs. 1)
- Heil- und Hilfsmittelversorgung (SGB V § 302)
- Arbeitsunfähigkeitsdaten (SGB V § 295 Abs. 1)
- Disease-Management-Programm (SGB V § 137f)

Die Kosten der einzelnen Sektoren wurden aus tagesgenauen Angaben berechnet. Bei der Berechnung der Kosten einer Periode wurden die Kosten an den Quartalsgrenzen jeweils zensiert und für die Perioden anteilig berechnet sowie als Rohwert angegeben. Zusätzlich wurden die Kosten winsorisiert (99% Perzentile). Kosten, deren Wert größer als der Wert der 99% Perzentile waren, wurden auf den Wert der 99% Perzentile gesetzt. Mit Hilfe dieses Verfahrens wurden Ausreißer mit hohen Kosten korrigiert. Die berechneten Kosten nach Sektoren wurden in Tabellenform von der PMV Forschungsgruppe aufbereitet und dem IGKE für die Interventions- und Kontrollgruppe zur Verfügung gestellt.

Bei den aufbereiteten Daten wurden zwei Zeiträume im Rahmen der Evaluation unterschieden. Vor Durchführung der eigentlichen Kosten-Konsequenzen-Analyse wurden auf Basis des Zeitraums 12 Monate vor Beginn der Rekrutierung der Patienten (Baselinezeitraum) die Vergleichsgruppen konzipiert. Dabei wurde anhand der Daten des Baselinezeitraumes das Propensity-Score-Matching (PSM) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt. Durch das PSM sollte eine Morbiditätsadjustierung zwischen den Gruppen vorgenommen und damit eine möglichst hohe Homogenität erreicht werden. Für die Morbiditätsadjustierung wurden Alter, Geschlecht, Kostenklassen im Baselinezeitraum, Diagnosen und andere geeignete Merkmale zugrunde gelegt. Die ICD Diagnosen konnten entweder als einzelne Diagnosen (bei ausgewählten Erkrankungen) oder als summarisches Maß in Form eines Morbiditätsscores wie z.B. dem Charlson-Komorbiditätsindex (Quan et al. 2005) für die Morbiditätsadjustierung verwendet werden.

Die Kosten-Konsequenzen-Analyse umfasste den Zeitraum 12 Monate nach Interventionsbeginn. Im ersten Schritten erfolgte eine Betrachtung der Gesamtkosten je Gruppe. Anschließend wurden die Gruppen auch in Bezug auf die folgenden Kostenarten verglichen:

- Ambulante ärztliche Fallkosten
- Stationäre Fallkosten
- Kosten für »ambulantes Operieren«
- Kosten für Verordnungen
- Kosten für Heil- und Hilfsmittel
- Krankengeldzahlung im Rahmen von Arbeitsunfähigkeiten

Zusätzlich wurde zur Bestimmung der Krankheitslast je Gruppe die durchschnittliche Verweildauer, die DRG Bewertungsrelation und der Charlson-Komorbiditätsindex

ausgewertet. Die **durchschnittliche Verweildauer** im Krankenhaus bezieht sich auf die durchschnittliche Anzahl der Tage, die Patienten im Krankenhaus verbringen. Sie umfasst die Zeitspanne zwischen dem Aufnahme- und dem Entlassungstag im Krankenhaus. Die **Bewertungsrelation** gibt den ökonomischen Schweregrad eines medizinischen Falles an. Durch Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert kann der Erlös eines Falles bestimmt werden. Der **Charlson-Komorbiditätsindex**, kurz **CCI**, ist ein Scoring-System, mit dessen Hilfe ungefähr die Beurteilung der Morbidität und Mortalität von Patienten anhand von 19 Grunderkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Demenz oder Krebs vorgenommen werden kann.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

Interventionsgruppe: In die gesundheitsökonomische Evaluation von isPO wurden alle Patient:innen eingeschlossen, die im Zeitraum vom 01.10.2018 bis 31.12.2019 für isPO rekrutiert wurden und die folgenden Kriterien erfüllten:

- Erstdiagnose einer Krebserkrankung, die bei Rekrutierung maximal 365 Tage zurücklag (ICD-10: C00-C97) und bisher nicht behandelt worden war;
- Alter mindestens 18 Jahre;
- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse;
- Versorgung in isPO aufgrund der klinischen Situation möglich

Kontrollgruppe: Die Kontrollgruppe wurde aus Routinedaten der teilnehmenden Krankenkassen gebildet. Zusätzlich zu den Einschlusskriterien der Interventionsgruppe (s.o.) mussten die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Um die Repräsentativität der ausgewählten Stichprobe zu gewährleisten, sollten die Teilnehmer der Kontrollgruppe in den gleichen PLZ Gebieten Wohnhaft sein, wie die teilnehmenden Patienten der Interventionsgruppe. Daher sollten Sie im Zeitraum von Januar bis einschließlich September 2019 wohnhaft in einem durch die folgenden 2stelligen PLZ gekennzeichneten Gebiet sein: 32 bis 34, 37, 40 bis 42, 44 bis 49, 50 bis 53, 57 bis 59;
- Im Zeitraum von Januar bis einschließlich September 2019 musste entweder ein stationärer Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Operation im Krankenhaus oder Inanspruchnahme einer ambulanten ärztlichen Leistung vorliegen. Die Patienten der Interventionsgruppe wiesen durch den Studieneinschluss dieses Merkmal auf. Somit kann die Repräsentativität der Kontrollgruppe durch zusätzliche Berücksichtigung dieses Merkmals gesteigert werden.
- Versichertenstatus bei einer der datenliefernden Krankenkassen

Bei der Kontrollgruppe konnten die Kenntnisse der deutschen Sprache nicht verifiziert werden, daher fand dieses Kriterium in der Kontrollgruppe keine Anwendung.

Ausschlusskriterien:

Für die Interventions- und Kontrollgruppe wurden die folgenden Ausschlusskriterien definiert:

- Keine Volljährigkeit zum Indexereignis (Alter < 18 Jahre)
- nicht bei einer der datenliefernden Krankenkassen versichert.

2.2.3 Bildung der Studienkollektive

Interventionsgruppe:

Für die gesundheitsökonomische Evaluation konnte nur eine Stichprobe der an isPO teilnehmenden Patient:innen berücksichtigt werden. Konkret wurden alle Patient:innen, die bis zum 31.12.2019 rekrutiert wurden, in die gesundheitsökonomische Evaluation eingeschlossen. Grund hierfür war, dass für isPO-Patient:innen, die nach dem 31.12.2019 in die Studie rekrutiert wurden, von den teilnehmenden Krankenkassen kein vollständiger

Datensatz für die gesundheitsökonomische Evaluation bereitgestellt werden konnte. Grund hierfür ist, dass die Krankenkassen die Abrechnungsdaten aufgrund des mehrstufigen Erfassungsvorgangs in der Datenverarbeitung im ambulanten Leistungsbereich nur mit einer zeitlichen Verzögerung von bis zu 12 Monaten erhalten.

Kontrollgruppe:

Die Kontrollgruppe wurde aus GKV-Routinedaten im Baselinezeitraum gebildet. Innerhalb dieses Zeitraums identifizierten die teilnehmenden Krankenkassen basierend auf den oben genannten Vorgaben 395.100 Versicherte als potentielle Fälle für die Kontrollgruppe. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien blieben 326.357 potentielle Versicherte für das Matching übrig (siehe Kapitel 2.2.5, Abbildung 15).

Die Eignung dieser vorselektierten Versicherten wurde durch die PMV-Forschungsgruppe geprüft. Anschließend wurde jede/jeder Patient:in der Interventionsgruppe mit 5 Fällen dieser Versicherten gematcht. Das Matching wurde von der PMV-Forschungsgruppe nach den Vorgaben des IGKE durchgeführt (siehe Kapitel 2.2.5). Gematcht wurde nach den Kriterien Alter, Postleitzahl und Krebsdiagnose. Dabei sollten die gematchten Teilnehmer der Kontrollgruppe mit den Krebsentitäten des jeweils gematchten Partners der Interventionsgruppe übereinstimmen. Deshalb erfolgte bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe eine Beschränkung auf diejenigen Krebs-Entitäten, welche auch in der Interventionsgruppe als Diagnosen vorhanden waren. Waren für eine/einen Patient:in im Beobachtungszeitraum zwei Krebsdiagnosen am gleichen Tag kodiert worden, erfolgte eine Zufallsauswahl der für den Vergleich auszuwählende Diagnose. Wenn für einen Patienten im Baselinezeitraum mehrere Krebsneuerkrankungen kodiert wurden (z.B. 2017 Brustkrebs, 2018 Darmkrebs und 2020 Hautkrebs), wurde die Diagnose mit dem kürzesten Abstand zum Studienbeginn herangezogen. Sollten zwei Diagnosen den gleichen zeitlichen Abstand zum Studienbeginn haben, erfolgte die Zuteilung zu einer Entität per Zufallsauswahl.

Über die Routinedaten hinausgehende Angaben in den Primärdaten (z.B. klinische Daten) der Interventionsgruppe konnten in dem Matchingprozess nicht berücksichtigt werden, da diese Daten für die Kontrollgruppe nicht vorlagen.

Damit bestand die Grundgesamtheit der Patient:innen des isPO-Projektes aus den Patient:innen, die vor Ort in den teilnehmenden Studienzentren rekrutiert wurden und aus Fällen der Kontrollgruppe, die von den datenliefernden Krankenkassen nach den oben genannten Kriterien aus ihren jeweiligen Versicherten selektiert wurden.

2.2.4 Charlson-Komorbiditätsindex zur Morbiditätsadjustierung zwischen den Gruppen

Für die Analyse wurde zur Adjustierung der Morbiditätslast u.a. der Interventions- und Kontrollgruppe das summarische Maß des Charlson-Komorbiditätsindex verwendet (Quan et al. 2005; Quan et al. 2011). Zur Berechnung des Index wird jeder im Index aufgeführten Erkrankung eine Gewichtung zugewiesen (siehe Tabelle 13). Dabei handelt es sich jeweils um ein ganzzahliges Gewicht von eins bis sechs, wobei ein Gewicht von sechs den schwersten und ein Gewicht von eins den niedrigsten Morbiditätsgrad darstellt. Anschließend werden die Gewichte der Erkrankungen, die bei einem Individuum vorliegen, aufsummiert. Diese Summation der gewichteten Komorbiditäts-Scores ergibt schließlich den Charlson-Komorbiditätsindex.

Tabelle 13: CCI – Gewichte der Krankheitsbilder ohne onkologische Diagnosen

Krankheitsbild	Gewicht
AIDS	6
Chronische Lungenerkrankung	1
Demenz	1
Diabetes mellitus	1

Diabetes mellitus mit Endorganschaden	2
Hemiplegie	2
Herzinfarkt	1
Kollagenose	1
Kongestives Herzversagen	1
Milde Lebererkrankung	1
Moderate bis schwere Lebererkrankung	3
Moderate bis schwere Nierenerkrankung	2
Periphere arterielle Verschlusskrankung	1
Ulkusleiden	1

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (Quan et al. 2011)

Für die Auswertung im Rahmen dieses Projekts wurden alle Krebsdiagnosen, die der Charlson-Komorbiditätsindex beinhaltet, ausgeschlossen, da die Studienpopulation definitionsgemäß eine Krebsdiagnose aufweisen musste. Somit konnten im Gesamtscore 12 Punkte weniger als die maximal mögliche Punktzahl erreicht werden. Die maximal erreichbare Punktzahl des Indexes betrug in dieser Studie damit 25 Punkte.

2.2.5 Propensity Score Matching zum Vergleich der Kosten von Interventions- und Kontrollgruppe

Randomisierte kontrollierte klinische Studien gelten als Goldstandard für die Wirksamkeitsbewertung von medizinischen Maßnahmen. Durch die Randomisierung sollen Charakteristika der Patient:innen gleichmäßig auf die Interventions- und Kontrollgruppe verteilt werden. Im vorliegenden Fall einer retrospektiven Analyse ist jedoch keine Randomisierung möglich. Hier bietet das Propensity Score Matching (PSM) eine Alternative, da mit diesem Verfahren retrospektiv aus Routinedaten vergleichbare Gruppen generiert werden können (Austin 2011). Dabei wird aus beobachtbaren Variablen ein Propensity Score (PS) gebildet. Der PS ist die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Patient die interessierende Intervention erhält. Zur Schätzung des (PS) wird bei zwei Behandlungsgruppen (Kontrolle und Intervention) häufig ein logistisches Regressionsmodell verwendet. Dabei stellt die Variable „Behandlungsgruppe“ die Zielvariable dar. Die interessierende Intervention erhält den Wert 1. Als Kovariaten können grundsätzlich alle gemessenen / beobachtbaren Patientencharakteristika berücksichtigt werden (Alter, Geschlecht etc.), die einen Einfluss auf das interessierende Ergebnis (hier die Kosten) haben. Der PS wird dann für jeden Patienten anhand des Regressionsmodells aus den geschätzten Wahrscheinlichkeiten für die Gruppenzugehörigkeit (Intervention vs. Kontrolle) berechnet. Aus Kontroll- und Interventionsgruppe werden anschließend Paare mit einem möglichst ähnlichen PS gebildet. Durch das PSM erfolgt eine Adjustierung hinsichtlich beobachtbarer Variablen. Da nur beobachtbare und messbare Variablen in den PS eingehen können, besteht für nicht messbare bzw. beobachtbare Daten weiterhin die Gefahr eines Bias.

Das Propensity Score Matching erfolgte nach dem nearest neighbour Verfahren. Dazu wurde zu jedem Fall einer Entität aus dem zugehörigen Kontrollpool die Kontrolle mit dem geringsten PS-Abstand gezogen. Wurde auf diese Weise eine Kontrolle in mehreren Entitäten als Kontrolle gezogen, wurde sie nach dem ersten Durchgang dem Fall mit dem geringsten PS-Abstand zugeordnet und dann aus dem Pool der potenziellen Kontrollen für alle Entitäten gelöscht, so dass letztlich jede Kontrolle nur einmalig als Kontrolle genutzt wurde. Dieses Vorgehen wurde 5 Mal durchlaufen, so dass jedem Fall genau 5 Kontrollen zugeordnet wurden.

In der durchgeführten gesundheitsökonomischen Analyse wurde der PS jeweils mittels multivariater logistischer Regression geschätzt, wobei die Variable „für isPO rekrutierter Patient“ als abhängige Variable kodiert wurde. Als unabhängige Variablen mit einem Einfluss auf die Höhe der von den Patient:innen verursachten Kosten wurden die folgenden Merkmale verwendet:

- Alter (stetig oder <50 Jahre, 50-<60 Jahre, 60-<70 Jahre, 70-<80 Jahre, 80+ Jahre)
- Geschlecht
- Krankenkasse (AOK, BARMER, DAK, TK)
- Charlson Diagnosen (jeweils das Vorliegen der einzelnen Diagnosen: ja/nein)
- Charlson-Komorbiditätsindex (0 Punkte, 1 Punkt, 2 Punkte, 3+ Punkte)
- Winsorisierte Kosten (stetig oder <1000 Euro, 1000-<2000 Euro, 2000-<3000 Euro, 3000-<4000 Euro, 4000-<5000 Euro, 5000-<10.000 Euro, 10.000-<15.000 Euro, 15.000-<20.000 Euro, 20.000+ Euro)

Diese Variablen wurden jeweils im Baselinezeitraum (vor Krebsdiagnose) für alle Patient:innen bzw. Fälle der Interventions- und der Kontrollgruppe erhoben. Die PLZ war ein Einschlusskriterium für die Bildung der Kontrollgruppe, fand aber beim Matching keine Berücksichtigung.

Das Matching erfolgte auf Basis des PS, indem jedem/jeder Patient:in der Interventionsgruppe fünf Patient:innen aus der Kontrollgruppe mit identischem oder lediglich marginal abweichendem PS zugewiesen wurden. Patienten ohne Matchingpartner wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen (siehe Abbildung 15).

Beim Matching wurde versucht, den PS für die jeweiligen Krebsentitäten separat zu schätzen. Dieses Verfahren führt zu einer höheren Güte des Modells. Damit das logistische Regressionsmodell schätzbar bleibt, wurde entschieden, dass eine separate Schätzung je Entität nur stattfinden kann, wenn mehr als 10 Personen der Interventionsgruppe einer Entität zugeordnet werden konnten. Dies konnte bei acht Entitäten erfolgen. Die übrigen 50 Entitäten wurden zu einer Gesamtgruppe zusammengefasst. Hier war eine Schätzung auf Entitätsebene nicht möglich, da die Fallzahl je Entität zu gering war und eine Rückverfolgung des einzelnen Patienten unter Umständen möglich gewesen wäre.

Eine weitere wichtige Variable, die in den PS eingehen sollte, ist das Tumorstadium, welches ein wichtiger Einflussfaktor für die Höhe der Kosten, die ein Patient / eine Patientin verursacht. Da die GKV-Routinedaten jedoch keine Angaben zum Staging der Krebserkrankung enthalten, war es nicht möglich, das Tumorstadium bei der Bildung des PS zu berücksichtigen. Um dennoch möglichst balancierte Gruppen zu erhalten, wurden beim Matching zusätzlich die von den eingeschlossenen Patient:innen im Baselinezeitraum verursachten Kosten in das Matching einbezogen. Die zugrundeliegende Rationale war, dass die Kosten der Krebsbehandlung vom Stadium der Erkrankung abhängig sind bzw. mit diesen variieren. Zur Vermeidung bzw. Adjustierung eines hiermit verbundenen Bias wurde bei der Durchführung des PSM jedem Patienten der Interventionsgruppe jeweils fünf Patienten aus der Kontrollgruppe zugeordnet (1:5 Matching). Dabei wurde aus den zugeordneten fünf Patienten der Kontrollgruppe ein Durchschnittswert gebildet.

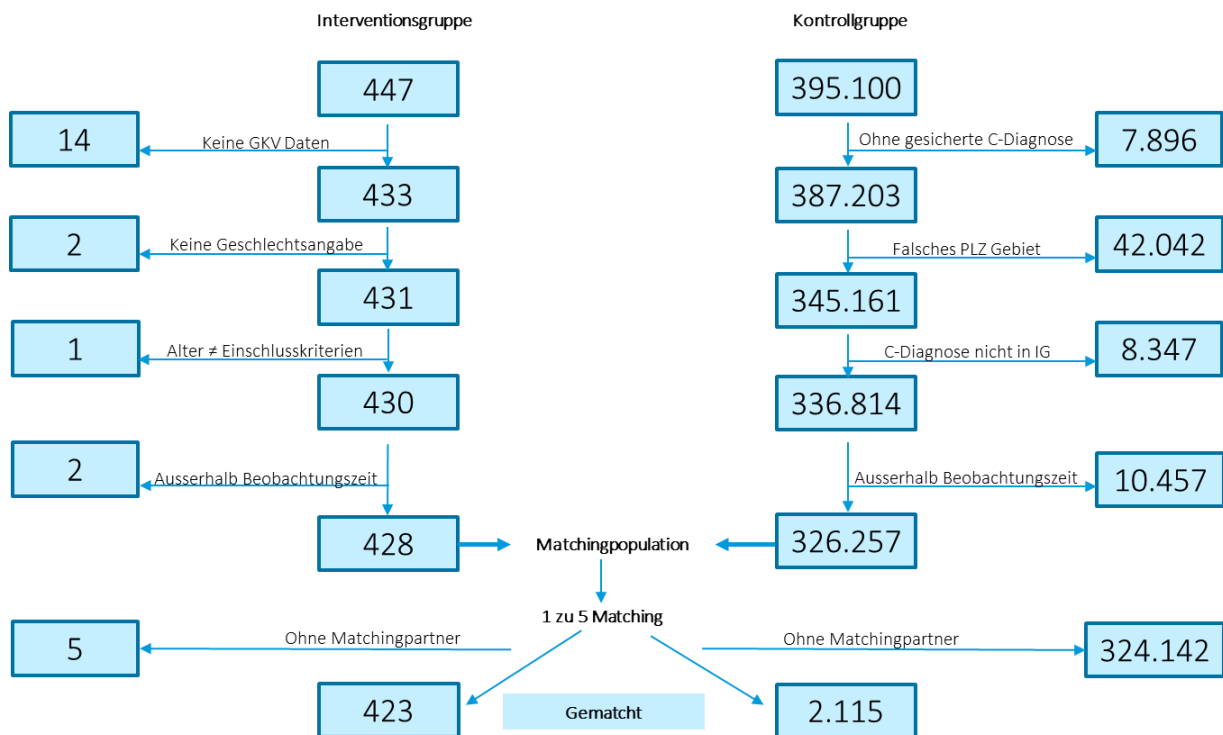


Abbildung 15: Datenaufbereitung und Matching

Die Bereinigung des Datensatzes und die Durchführung des Matchings erfolgte durch die PMV Forschungsgruppe. Weitere Einzelheiten zur Bereinigung und Durchführung des Matchings können dem Bericht der PMV Forschungsgruppe entnommen werden. Die gematchten Datensätze wurden anschließend dem IGKE zur Durchführung der Kosten-Konsequenzen-Analyse zur Verfügung gestellt.

2.2.6 Statistische Analyse

Als Software wurden die Pakete IBM SPSS Statistics, Version 27, MedCalc, Version 19.5.3, und R, Version 3.5.0 [The R Foundation for Statistical Computing, 2015] verwendet. Alle Daten wurden in einer SPSS-Datenbank verarbeitet und Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Fehlerhafte Datensätze wurden entfernt respektive bereinigt, Fälle mit fehlenden Werten wurden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Als Signifikanzniveau bei statistischen Tests wurde stets ein Alpha von 0,05 zugrunde gelegt. Um die jeweiligen statistischen Unterschiede zwischen den Gruppen zu analysieren, wurde der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben angewendet.

2.3 Ergebnisse

Im Analysezeitraum waren 423 Fälle in der Interventionsgruppe verfügbar. Diesen konnten im Rahmen des Propensity Score Matchings 2.115 Fällen aus der Kontrollgruppe zugeordnet werden.

Zur Baseline, also vor Interventionsbeginn, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Das Durchschnittsalter der Interventionsgruppe lag bei 56,7 Jahren, während das Durchschnittsalter der Kontrollgruppe 57,1 Jahre betrug. Bezüglich der Geschlechterverteilung konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Durchschnittsalter und Altersverteilung der Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline

Baseline nach dem Matchen, vor Interventionsbeginn					P- Wert
	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		
Alter	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	
	56,7	12,9	57,1	13,2	0,49
Altersgruppe in Jahren	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	
18-29	15	3,5	76	3,6	
30-39	33	7,8	158	7,5	
40-49	60	14,2	297	14,0	
50-59	115	27,2	591	27,9	
60-69	137	32,4	683	32,3	
70-79	56	13,2	266	12,6	
80-89	7	1,7	42	2,0	
90+	0	0,0	2	0,1	0,99
Geschlecht					
Frauen	280	66,2	1.378	65,2	
Männer	143	33,8	737	34,8	0,68

Vor Durchführung der Intervention waren keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bei den Diagnosen des Charlsonscores feststellbar (Tabelle 15).

Tabelle 15: Verteilung der Charlsondiagnosen der Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline

Diagnosegruppen des Charlsonscore	Baseline nach dem Matchen, vor Interventionsbeginn				P-Wert
	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	
Myokardinfarkt	9	4,6	55	5,6	0,57
Herzinsuffizienz	15	7,6	78	7,9	0,89
Periphere Gefäßerkrankungen	38	19,3	184	18,6	0,83
Cerebral Vaskuläres Ereignis	37	18,8	178	18,0	0,80
Demenz	2	1,0	22	2,2	0,27
chronisch pulmonale Erkrankung	98	49,7	453	45,9	0,32
Bindegewebserkrankung rheumatische Erkrankungen	14	7,1	81	8,2	0,60
peptisches Ulcus	2	1,0	28	2,8	0,14
leichte Lebererkrankung	38	19,3	225	22,8	0,28
Diabetes ohne chronische Komplikationen	46	23,4	242	24,5	0,73
Hemiplegie oder Paraplegie	8	4,1	39	4,0	0,94
Nierenerkrankung	22	11,2	103	10,4	0,76
Diabetes mit Komplikationen	31	16,2	178	18,0	0,55
schwere Lebererkrankung	1	0,5	4	0,4	0,84
AIDS/HIV positiv	1	0,5	7	0,7	0,75

Es zeigte sich ein Unterschied bei den mittleren winsorisierten Gesamtjahreskosten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline. Diese waren bei den Patient:innen der Interventionsgruppe im Mittelwert nicht-signifikant höher als in der Kontrollgruppe (10.129 € zu 8.108 €) (Tabelle 16).

Tabelle 16: Gesamtkosten der Interventions- und Kontrollgruppe zur Baseline in €

	Jahreskosten im Interventionszeitraum		
	Kontrollgruppe Mittelwert in €	Interventionsgruppe Mittelwert in €	Signifikanz
Gesamtkosten	8.108	10.129	p > 0,05

2.3.1 Kostenvergleich im Interventionszeitraum

Im Interventionszeitraum von 12 Monaten wiesen die Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe signifikant höhere winsorisierte Gesamtkosten im Mittel auf als die Fälle der Kontrollgruppe. Während die Interventionsgruppe im Mittel Kosten in Höhe von 33.112 € verursachte, lagen diese bei der Kontrollgruppe bei 10.755 €.

Schlüsselt man die Gesamtkosten nach Kostenarten auf, so lagen die winsorisierten Kosten in der Interventionsgruppe über alle Kostenarten hinweg signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der verschiedenen Kostenarten ist der Unterschied in der Höhe

der winsorisierten Gesamtjahreskosten zwischen den beiden Gruppen größtenteils auf die stationären Krankenhauskosten, die Arzneimittelkosten und die AU Kosten zurückzuführen. Die winsorisierten stationären Kosten betragen im Mittel in der Interventionsgruppe 14.304€, während der Mittelwert der Kontrollgruppe bei 4.442 € lag. Die Arzneimittelkosten waren in der Interventionsgruppe mit 9.632 € fast drei Mal so hoch wie in der Kontrollgruppe (3.434 €). Die AU Kosten der Interventionsgruppe lagen mit 13.052 €, annähernd doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe mit 6.621 € (Tabelle 17).

Tabelle 17: Kostenvergleich in beiden Gruppen während des Interventionszeitraumes in €

	Jahreskosten im Interventionszeitraum		
	Kontrollgruppe Mittelwert in €	Interventionsgruppe Mittelwert in €	Signifikanz
Gesamtkosten	10.755	33.112	p< 0,05
Ambulante Kosten	836	1.324	p< 0,05
Krankenhauskosten ambulant	255	1.467	p< 0,05
Krankenhauskosten stationär	4.442	14.304	p< 0,05
Arzneimittel	3.434	9.632	p< 0,05
Heil- und Hilfsmittel	658	1.015	p< 0,05
Arbeitsunfähigkeitskosten	6.621	13.052	p< 0,05

2.3.2 Stationäre Versorgung

Die Krankenhaus-Verweildauer in Tagen unterschied sich signifikant zwischen den Patient:innen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Wenn Patienten einmal hospitalisiert wurden, lag die mittlere Verweildauer in der Interventionsgruppe bei 22 Tagen, während Fälle der Kontrollgruppe einen Mittelwert von sieben Tagen aufwiesen. Wurden jedoch nur diejenigen Patienten in die Auswertung mit einbezogen, welche mindestens einen Tag im Krankenhaus stationär waren, verringerte sich die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Dann wiesen die Patienten der Interventionsgruppe einen Mittelwert von 28 Tagen Verweildauer auf, während dieser Wert in der Kontrollgruppe bei 22 Tagen lag (Tabelle 18). Auch diese Werte wiesen einen signifikanten Unterschied auf.

Tabelle 18: Stationäre Versorgung

	Interventionszeitraum		
	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Signifikanz
Verweildauer in Tagen	7	22	p< 0,05
Verweildauer in Tagen mit mindestens einem Tag KH-Aufenthalt	22	28	p< 0,05
DRG-Bewertungsrelation	2,5	4,2	p< 0,05

Werden nur die Patienten betrachtet, welche mindestens einen Tag im Krankenhaus aufgenommen worden sind, verringert sich die Differenz der winsorisierten Gesamtkosten zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Der Mittelwert der winsorisierten Gesamtkosten betrug in der Interventionsgruppe 36.956 €, wohingegen der Mittelwert der Kontrollgruppe bei 25.519 € lag. Dieser Unterschied in der Höhe der winsorisierten Gesamtkosten zwischen den beiden Gruppen blieb signifikant (Tabelle 19).

Tabelle 19: Gesamtkosten der Interventions- und Kontrollgruppe während des Interventionszeitraumes in € bei Patienten mit mindestens 1 Tag stationärer Aufnahme

	Jahreskosten im Interventionszeitraum		
	Kontrollgruppe Mittelwert in €	Interventionsgruppe Mittelwert in €	Signifikanz
Gesamtkosten	25.519	36.956	p< 0,05

2.3.3 Onkologika

Die Anzahl der eingelösten Rezepte für Onkologika unterschied sich signifikant zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Während der Mittelwert in der Kontrollgruppe 0,8 eingelösten Rezepte pro Patient entsprach, lag dieser in der Interventionsgruppe bei 2,9 eingelösten Rezepten pro Patient im Betrachtungszeitraum (Tabelle 20). Die Ausgaben zu Lasten der GKV für Onkologika unterschieden sich signifikant zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Der Mittelwert der Ausgaben in der Interventionsgruppe betrug 2.947,95 € und in der Kontrollgruppe 1.311,43 €.

Tabelle 20: Anzahl und Kosten der Onkologika

	Interventionszeitraum		
	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Signifikanz
Anzahl abgerechnete Onkologika	0,8	2,9	p< 0,05
Ausgaben für Onkologika in €	1.313,43	2.947,95	p< 0,05

Bei der Analyse der zu Lasten der GKV abgerechneten Onkologika im Interventionszeitraum fällt auf, dass nur bei drei Onkologika keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen vorlagen. Nämlich bei Antracyclinen, Proteinkinaseinhibitoren und den BCG Impfstoffen. Bei allen anderen abgerechneten Onkologika wies die Interventionsgruppe höhere Kosten als die Kontrollgruppe auf. Der größte Kostenunterschied lag dabei bei den koloniestimulierenden Faktoren sichtbar mit 1.006,71 € in der Interventionsgruppe gegenüber 81,69 € in der Kontrollgruppe. Bei Onkologika für multiple Myelome betrugen die Ausgaben der Interventionsgruppe 1.525,73 €, während die Kontrollgruppe bei 744,04 € lag. Auch bei den Vincaalkaloiden lag die Interventionsgruppe bei 21,67 €, wohingegen die Kontrollgruppe Kosten in Höhe von 3,81 € aufwies (siehe Tabelle im Anhang 25).

2.3.4 Charlson-Komorbiditätsindex

Die Analyse des berechneten Charlson-Komorbiditätsindex (CCI) ohne Krebsdiagnosen während des Interventionszeitraumes zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (obwohl der CCI zum Baselinezeitraum in die Berechnung des PS einging, um für Gruppenunterschiede zu adjustieren). In der Interventionsgruppe betrug der Wert 2,3, während die Kontrollgruppe einen Wert von 2,6 aufwies (Tabelle 21). Wurden bei der Berechnung des Charlson-Komorbiditätsindex im Interventionszeitraum die Krebsdiagnosen eingeschlossen, war der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auch signifikant. Der Wert in der Interventionsgruppe betrug 6,1, während die Kontrollgruppe einen Wert von 4,6 aufwies.

Tabelle 21: CCI mit und ohne Krebsdiagnosen

	Interventionszeitraum		
	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Signifikanz
CCI ohne Krebs	2,6	2,3	p< 0,05
CCI mit Krebs	4,6	6,1	p< 0,05

2.4 Zusammenfassung

Ziel der gesundheitsökonomischen Analyse von isPO war es, eine Kosten-Konsequenzen-Analyse der neuen Versorgungsform isPO aus der Perspektive der GKV durchzuführen. Da Ergebnisse zum Nutzen in der aus Routinedaten gebildeten Kontrollgruppe in den Daten der teilnehmenden Krankenkassen nicht vorliegen, beschränkt sich dieser Bericht auf die Darstellung der Kosten. Auf eine vergleichende Analyse wurde aus den oben genannten Gründen verzichtet.

Hauptzielkriterium für den Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe waren die von den Patient:innen verursachten Gesamtkosten aus Perspektive der GKV. Dazu wurden die Gesamtkosten der Interventionsgruppe und die Gesamtkosten der Kontrollgruppe nach dem Ende der Intervention für den Interventionszeitraum betrachtet. Die Datengrundlage für die durchgeführte Analyse bestand ausschließlich aus Sekundärdaten in Form von Routinedaten der am Projekt beteiligten Krankenkassen. Bei dem Vergleich der Gesamtkosten beider Gruppen für den Baselinezeitraum (12 Monate vor Beginn der Rekrutierung in die isPO-Studie) zeigten sich nach dem PSM höhere durchschnittliche Kosten pro Versichertem bzw. pro Fall in der Interventionsgruppe (10.129 €) im Vergleich zur Kontrollgruppe (8.108 €). Der Kostenunterschied war jedoch nicht signifikant. Dennoch gibt dies einen wichtigen Hinweis darauf, dass auch nach der Durchführung des PSM und trotz der Anwendung der Technik des 1:5 Matchings eine Imbalance zwischen den Gruppen bestehen blieb. Die Gründe werden in der Struktur der Routinedaten der Krankenkassen, insbesondere dem fehlenden Staging der Krebserkrankung, vermutet.

Bei dem Vergleich der Gesamtkosten beider Gruppen im Interventionszeitraum wies die Interventionsgruppe dreimal höhere Gesamtkosten als die Kontrollgruppe (33.112€ vs. 10.755€) auf. Diese Tendenz zeigte sich auch bei der Aufspaltung der Analyse der Kosten nach einzelnen Kostenarten (Kosten für ambulante Behandlung; ambulante Krankenhauskosten; stationäre Krankenhauskosten; Arzneimittel; Heil- und Hilfsmittel; Kosten für Arbeitsunfähigkeit). Über alle Kostenarten hinweg lagen die Ausgaben der Interventionsgruppe im Untersuchungszeitraum signifikant höher als die Kosten der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis blieb auch bestehen, wenn zur Adressierung des Problems der multiplen Testung eine Bonferoni Korrektur durchgeführt wird.

Eine zusätzliche Analyse der Krankenhaus-Verweildauer der Patient:innen der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe ergab ein ähnliches Bild. Wurden die Patient:innen im Beobachtungszeitraum mindestens einmal hospitalisiert, lag die durchschnittliche Verweildauer in der Interventionsgruppe mit 22 Tagen deutlich über der der Kontrollgruppe (sieben Tage).

Wurde die Analyse auf Patient:innen der Interventions- und Kontrollgruppe beschränkt, die mindestens einen Tag im Krankenhaus verbracht haben, näherte sich die durchschnittliche Krankenhaus-Verweildauer zwischen den beiden Gruppen an. Die mittlere Verweildauer lag dann bei 28 Tagen in der Interventionsgruppe, während die Kontrollgruppe einen Wert von durchschnittlich 22 Tagen aufwies. Auch die Differenz der Gesamtkosten war beim Vergleich dieses definierten Patientenkollektivs erheblich niedriger. Der Mittelwert der Gesamtkosten der Interventionsgruppe lag bei diesem Kollektiv bei 36.956 € und in der Kontrollgruppe bei 25.519 €. Trotz der Verringerung der Kostendiskrepanz blieb jedoch ein signifikanter Unterschied in den Gesamtkosten zwischen beiden Gruppen bestehen.

Zusammenfassend stellt sich somit über alle Analysen ein signifikanter Kostenunterschied zu Lasten der Intervention dar. Der naheliegende, aber durch die Analyse nicht zu bestätigende Grund hierfür liegt in der Struktur der Kassendaten, die ein Matching nach Schweregraden nicht erlauben. In der internationalen Literatur ist das Staging jedoch einer der wichtigsten Determinanten für Kostenunterschiede in der Behandlung von Krebspatient:innen. Da aufgrund der Kostenunterschiede zum Baselinezeitpunkt bereits ein ex ante vorliegender Unterschied in den Staging-Graden der beiden Vergleichsgruppen vermutet werden muss, könnten diese somit im weiteren Verlauf der Behandlung über den Interventionszeitraum zu einer deutlichen Verzerrung der betrachteten Kosten geführt haben. Die alternative Erklärung über Unterschiede, die in der Intervention begründet liegen, erscheint dagegen nicht plausibel.

2.5 Limitationen

Die wichtigste Limitation ergibt sich aus der auch nach dem 1:5 PSM bestehenden Imbalance zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zum Baselinezeitpunkt. Die Gründe für diese auch nach dem Matching bestehende Ungleichheit können nur vermutet werden. Hinweise auf eine tendenziell höhere Morbidität der Patient:innen in der Interventionsgruppe ergeben sich aus den Unterschieden zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe im Charlson-Komorbiditätsindex, den DRG-Bewertungsrelationen sowie den abgerechneten Onkologika im Interventionszeitraum. Basierend auf diesen Faktoren ist bei den Patient:innen der Interventionsgruppe während des Interventionszeitraums von einer deutlich höheren Fallschwere auszugehen als bei Patient:innen der Kontrollgruppe. Insbesondere ergeben sich aus der Betrachtung des Charlson-Komorbiditätsindex Hinweise, dass die Interventionsgruppe eine signifikant höhere Komorbiditätslast in Bezug auf Krebserkrankungen aufweist als die Kontrollgruppe (6,1 zu 4,6). Es ist daher davon auszugehen, dass die Patient:innen der IG deutlich mehr onkologische Zweit- oder Dritt Diagnosen aufweisen als Patient:innen der KG. Da Krebserkrankungen prinzipiell in der Therapie teure Erkrankungen sind, kann dadurch ein beträchtlicher Teil der Unterschiede in den Gesamtkosten, der DRG Fallschwere sowie den abgerechneten Onkologika zwischen den beiden Gruppen erklärt werden. Zudem verursachen Patient:innen mit Krebserkrankungen im Jahr der Diagnosestellung sowie im Jahr des Versterbens die höchsten durchschnittlichen Behandlungskosten. Da alle Patient:innen bei Einschluss die Erstdiagnose einer Krebserkrankung als Kriterium aufweisen mussten, ist davon auszugehen, dass die weiteren Krebsdiagnosen im Interventionszeitraum aufgetreten sind. Damit liegt der teure Behandlungszeitraum der ersten 12 Monate der onkologischen Zweit- und Dritt Diagnosen im Interventionszeitraum und geht in die Betrachtung der Gesamtkosten ein.

Eine weitere Limitation ist die fehlende Möglichkeit, wichtige Variablen wie z.B. Staging und Grading bei der Berechnung des PS einzubeziehen, da sie in den Krankenkassendaten fehlen. Für die Güte des PSM ist die Berücksichtigung möglichst aller das Ergebnis (in diesem Fall die Kosten) beeinflussenden Variablen bei der Berechnung des Propensity Scores jedoch wichtig. In der Literatur variieren die Behandlungskosten von onkologischen Erkrankungen mit dem Alter, dem Geschlecht, der geographischen Region, der Krebsentität und dem Staging. In der vorliegenden Studie konnten bei der Berechnung des PS Alter, Geschlecht, Kosten und Komorbiditäten berücksichtigt werden. Informationen zu der wichtigen Einflussgröße Tumorstadium (TNM-System und Grading) bzw. zum Staging lagen in den Routinedaten der Krankenkassen nicht vor. In der Literatur werden diese Variablen jedoch als die stärksten Einflussfaktoren für die Kosten einer onkologischen Behandlung bei vergleichbaren Krebsentitäten identifiziert (Kaye et al. 2018; Chang et al. 2004; Baumgardner et al. 2018).

Eine wichtige Limitation ist auch die Tatsache, dass nur bei acht Entitäten Patient:innen mit der gleichen Tumorentität gematcht werden konnten, bei 50 Entitäten die Fallzahl je Entität aber zu gering war. Es bestand die Gefahr, dass Rückschlüsse auf einzelne Patient:innen gezogen werden konnten (kein Cluster kleiner als 10 Fälle). Daher wurden alle Patient:innen mit den übrigen 50 Entitäten zu einem Kollektiv zusammengefasst, um eine Rückverfolgbarkeit zu verhindern. Die Behandlungskosten je Krebsart variieren jedoch nicht nur mit dem Staging sondern auch mit der Krebsentität erheblich (Mariotto et al. 2020; Chirikos 2002). Dadurch könnte es zur Unter- oder Überschätzung der Kosten gekommen sein, da möglicherweise Fälle mit einer kostenintensiven Behandlung mit weniger kostenintensiven Fällen verglichen wurden.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus Unterschieden in den Versorgungsstufen auf denen die Patient:innen der beiden Gruppen behandelt wurden. So wurden Patient:innen der Interventionsgruppe überwiegend (ca. 70 %) in Kliniken der Maximalversorgung rekrutiert und behandelt (Universitätsklinikum), während Patient:innen der Kontrollgruppe aus

Routinedaten der Krankenkassen identifiziert wurden, wobei von einer Versorgung in Krankenhäusern aller Versorgungsstufen auszugehen ist. Es ist anzunehmen, dass nur 30 % bis 40 % der Patient:innen der Kontrollgruppe in Krankenhäusern der Maximalversorgung behandelt wurden (vs. 70% in der Interventionsgruppe) (Deutsche Krebsgesellschaft & Deutsche Gesellschaft für Senologie 2021). Von Experten wurde darauf hingewiesen, dass Patient:innen, die in Universitätsklinika behandelt werden tendenziell schwerer erkrankt sind als Patient:innen, die in Krankenhäusern mit niedrigeren Versorgungsstufen behandelt werden. Hinzu kommen strukturell bedingte Kostenunterschiede in der Versorgung in Krankenhäusern mit unterschiedlichen Versorgungsstufen. Expertenschätzungen gehen von Kostenunterschieden von bis zu 20 % pro Fall aus.

Des Weiteren ist nicht bekannt, welche psychosozialen/psychoonkologischen Leistungen Patienten in der Regelversorgung nutzen. Beispielsweise werden Patienten mit geringer bis hoher psychosozialer Belastung von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen versorgt. Diese Kosten werden jedoch nicht zu Lasten der GKV gebucht, weshalb die genaue Inanspruchnahme nicht quantifiziert werden kann.

Eine Eingrenzung der Analyse auf Patient:innen mit einer höheren Fallschwere (Gruppen 3a und 3b) war in der gesundheitsökonomischen Evaluation nicht möglich, da diese Informationen nur in den Primärdaten der Interventionsgruppe, jedoch nicht in den der gesundheitsökonomischen Analyse zugrundeliegenden Sekundärdaten vorhanden waren.

2.6 Fazit

In der gesundheitsökonomischen Evaluation der neuen Versorgungsform isPO ergaben sich deutliche zusätzliche Kosten durch die neue Versorgungsform. Allerdings sind die in der Analyse aufgetretenen höheren Kosten in der Interventionsgruppe nicht plausibel auf die Intervention zurückführbar. Aufgrund der zahlreichen Limitationen der Analyse kann eine Kostensteigerung durch die Versorgung der Patient:innen in isPO anhand der analysierten Daten nicht zweifelsfrei belegt werden. Das Fehlen von Staging und Grading in den GKV Routinedaten kann zu erheblichen Imbalancen der Vergleichsgruppen geführt haben, da das Tumorstadium einen erheblichen Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme und die damit verbundenen Therapiekosten der Patient:innen hat.

Sowohl die Gesamtkosten als auch die einzelnen Kostenarten sind in der Interventionsgruppe durchgehend signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Werden jedoch kleine Variationen vorgenommen, wie z. B. die Einschränkung der Analyse auf Patient:innen, die mindestens einen Tag im Krankenhaus verbracht haben, nähern sich die Ausgaben zwischen den beiden Gruppen an. Dies weist auf eine Verzerrung des Ergebnisses durch erhebliche Morbiditätsunterschiede zwischen den Gruppen hin, für die trotz PSM nicht ausreichend adjustiert werden konnte. Diese These wird durch die Approximierung der Komorbiditätslast durch den Charlson-Komorbiditätsindex, die DRG Bewertungsrelation sowie die verordneten Onkologika gestützt. Wird der Charlson-Komorbiditätsindex in seiner validierten Form (mit Einbezug der Krebsdiagnosen) angewendet, so ist die Komorbiditätslast in der Interventionsgruppe erheblich höher als in der Kontrollgruppe.

Aufgrund der dargestellten Problematik ist von einer eingeschränkten wissenschaftlichen Belastbarkeit der Ergebnisse auszugehen. Sie sollen unter Berücksichtigung der beschriebenen Limitationen vorsichtig interpretiert werden. Zusammenfassend kann keine eindeutige Empfehlung anhand der Kosten-Konsequenzen-Analyse ausgesprochen werden.

3. Bericht zur Programmadhärenz von isPO

3.1 Hintergrund der neuen Versorgungsform isPO

Die jährliche Anzahl an neu auftretenden Krebsfällen nimmt seit vielen Jahren weltweit zu (World Health Organization 2020, 2020). In Deutschland wird bis 2030 mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um mindestens 20% gerechnet (Krebs in Deutschland für 2013/2014 2017). Der Anstieg der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs in den letzten Jahrzehnten hat mit dazu beigetragen, dass in Deutschland die Initiative des Nationalen Krebsplans (NKP) entstanden ist. Der NKP soll die Früherkennung von Krebs und die Versorgung von krebserkrankten Menschen in Deutschland weiterentwickeln und verbessern (Bundesministerium für Gesundheit 2017). Die neue Versorgungsform integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO) soll zur Erreichung des Ziels vom NKP zum Handlungsfeld 2 „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung“ beitragen (Bundesministerium für Gesundheit 2017; Kusch et al. 2020 (submitted am 2020)).

Der Begriff "neue Versorgungsform" wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert als eine strukturierte und rechtsverbindliche Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und/oder Institutionen in der medizinischen und nicht-medizinischen Versorgung, die die Trennung der Sektoren überwindet und innersektorale Schnittstellen optimiert (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020). In der neuen Versorgungsform isPO wird Krebserkrankten eine strukturierte gestufte psychoonkologische Betreuung angeboten, die auf die individuelle Gesundheitsbedürfnisse der Patient*innen abgestimmt ist (Kusch et al. 2020 (submitted am 2020)).

3.1.1 Ziel und Anwendungsbereich

Das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Uniklinik Köln ist als Konsortialpartner verantwortlich eine interne Evaluation zur Programmadhärenz durchzuführen. Die Programmadhärenz beschreibt das Ausmaß, in dem die Umsetzung des Versorgungsprogramms mit den vertraglichen und qualitativen Anforderungen übereinstimmt. Dabei erfolgt die Überprüfung von Aspekten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Einhaltung von Vorgaben, Anforderungen und Entwicklungen.

Zentrales Ziel der internen Evaluation der Programmadhärenz ist es, empirisch den Umsetzungsgrad des Konzeptes der Versorgungsform isPO in die Versorgungsrealität aus Sicht des Qualitätsmanagements zu untersuchen und messbar zu machen. Im Bewertungsverfahren werden unterschiedliche Aspekte der Qualität und Anforderungen beurteilt. Dies umfasst die Entwicklung und Zielerreichung der Qualität von Versorgungsprozessen im Zeitverlauf und die Erfüllung und Umsetzung von relevanten Anforderungen für die Versorgungsform isPO.

3.2 Methodik

Auf Basis des Versorgungskonzeptes, dem isPO-Vertragswesen, von Dokumenten und Erhebungen des Qualitätsmanagements der Versorgungsform isPO konnten relevante Anforderungen und Qualitätsaspekte identifiziert werden. Hieraus konnten Items (Auswertungsfälle) abgeleitet und formuliert werden. Für die Aspekte der Items des Erhebungsinstrumentes wurde vorab ein Bewertungsschema entwickelt. Mit Hilfe eines Punktbewertungsverfahrens werden einzelne Aspekte beurteilt. Alle entscheidungsrelevanten Kriterien sind aufgelistet und jeder Ausprägung eines Merkmals wird eine Punktzahl zugeordnet. Das Vorgehen des Punktbewertungsverfahrens war wie folgt:

- Definition der Bewertungskriterien,
- Gewichtung der Bewertungskriterien nach einem festgelegten Punktwert,
- Summe der Faktorwerte der Kriterien in einer Bewertungskategorie zu einem Gesamtwert.

Ein Wert bei metrischen Merkmalen gilt als „auffällig“, wenn der Mittelwert unter dem Punktwert von 3 liegt (abgerundeter MW minus einer SD).

Die Bewertungskriterien wurden nach verschiedenen Aspekten (Bewertungsitems) in IBM SPSS Statistics erfasst und ausgewertet:

Tabelle 22: Bewertungsschema

Aspekt	Erläuterung
ID (Identifikationsnummer)	Jedes Bewertungskriterium hat eine individuelle Kennung nach Kategorie und Subkategorien (s. Tabelle 23).
Bewertungskategorie	Jedes Bewertungskriterium wurde einer übergreifenden Kategorie zugeordnet. Insgesamt gibt es acht Bewertungskategorien: <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsverträge • Versorgungskonzept • Versorgungsmanagement • Qualitätsmanagement • Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung • Versorgungstelematik • Personelle Ressourcen • Qualitätsindikatoren
Versorgungsnetzwerk	Zuordnung zu einem der vier Versorgungsnetzwerke, falls zutreffend: <ul style="list-style-type: none"> • Köln • Mönchengladbach • Neuss • Troisdorf
Qualitätsdimension	Die Bewertungskriterien werden einer Qualitätsdimension zugeordnet: <ul style="list-style-type: none"> • Strukturqualität • Prozessqualität • Ergebnisqualität
Qualitätskriterium	Die Bewertungskriterien werden einem Qualitätskriterium zugeordnet: <ul style="list-style-type: none"> • Zugänglichkeit der Versorgung • Angemessenheit der Versorgung • Stetigkeit/Koordination der Versorgung • Wirksamkeit in der Versorgung • Wirtschaftlichkeit in der Versorgung • Patientenorientierung der Versorgung • Sicherheit der Versorgungsumgebung • Rechtzeitigkeit der Versorgung
Bewertbar	Beurteilung, ob das Bewertungskriterium bewertbar ist, z.B. ob Informationen oder Daten vorliegen, die zur Bewertungsgrundlage herangezogen werden können: <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein <p>Beispiel: Für den „QI 81021 Durchgeführte Gespräche: PSF-Gespräche (Stufe 3b)“ liegen zum Quartal 2 im Jahr 2020 keine Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten der Versorgungsnetzwerke vor. Demzufolge ist dieses Bewertungskriterium mit „nicht bewertbar“ zu erfassen.</p>

Implementiert	<p>Beurteilung, ob das Bewertungskriterium grundsätzlich entwickelt, vorgelegt oder in der Versorgungspraxis umgesetzt wurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja = 5 Punkte (Umsetzung > 80%) • Teils teils = 3 Punkte (Umsetzung zwischen 80% - 50%) • Nein = 1 Punkt (Umsetzung ≤ 50%) <p>Beispiel: Drei von acht (37,5%) durchgeführten Qualitätsworkshops wurden evaluiert. Infolgedessen wird das Bewertungskriterium mit einem Punkt bewertet (37,5% ≤ 50% „Nein“).</p>
Quartal	<p>Wenn zutreffend, erfolgt eine Zuteilung zum entsprechenden Quartal. Die Erhebung der Daten bezieht sich auf acht Quartale im Zeitraum vom 01.01.2019 bis zum 31.12.2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Q 2019 (01.01.2019 – 31.03.2019) • 2 Q 2019 (01.04.2019 – 30.06.2019) • 3 Q 2019 (01.07.2019 – 30.09.2019) • 4 Q 2019 (01.10.2019 – 31.12.2019) • 1 Q 2020 (01.01.2020 – 31.03.2020) • 2 Q 2020 (01.04.2020 – 30.06.2020) • 3 Q 2020 (01.07.2020 – 30.09.2020) • 4 Q 2020 (01.10.2020 – 31.12.2020)
Quartalswert	<p>Erfassung des zum Bewertungskriterium und Quartal zugehörigen Wertes (z. B. Anzahl der Neueinschreibungen im Q1 2019; Zeitspanne in Tagen etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metrisches Skalenniveau mit absoluten Zahlen <p>Beispiel: Im Versorgungsnetzwerk Köln wurden im Q1 2019 für den „QI 81001 Neueinschreibung: Einschreibung in Vertrag lt. 140a SGB V“ 60 Patienten eingeschrieben. (Quartalswert = 60)</p>
Zeitverlaufstrend	<p>Wenn zutreffend, wurde das Bewertungskriterium in Zeitverlauf beurteilt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis der Leistungsmessung zeigt einen positiven Trend in den letzten 2 Jahren Die Werte oder Datenreihen enthalten maximal einen Ausreißer und/oder zeigen einen eindeutigen „Positivtrend“, d.h. verbessern sich kontinuierlich (z. B. Verkürzung von Wartezeiten). • Ergebnis der Leistungsmessung ist stabil und/oder erfüllt weitestgehend die Ziele Die Werte oder Datenreihen enthalten maximal zwei Ausreißer, erfüllen im ganzen aber die Anforderung an den Qualitätsaspekt. • Ergebnis der Leistungsmessung ist stabil, hat jedoch Optimierungspotenzial Die angegebenen Werte oder Datenreihen enthalten mehrere auffällige Ausreißer oder unterliegen einem „Negativtrend“, d.h. verschlechtern sich kontinuierlich, aber ohne größere Ausreißer (z. B. Verlängerung von Wartezeiten). • Ergebnis der Leistungsmessung ist instabil Die angegebenen Werte oder Datenreihen unterliegen starken Schwankungen oder enthalten große Ausreißer, die sich nicht logisch erklären lassen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Keine (ausreichenden) Daten vorhanden Es liegen keine oder keine ausreichenden Daten oder Informationen als Bewertungsgrundlage vor.
Corona	<p>Hinweis auf einen möglichen Einfluss der Covid-19 Pandemie auf eine Datenreihe oder bestimmte Werte bei Betrachtung der Daten im Zeitverlauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein

Die Ergebnisse werden mittels deskriptiver Statistik dargestellt.

3.2.1 Definition Qualitätsdimension

Den Bewertungskriterien werden drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian zugeteilt um Qualität zu operationalisieren: (Donabedian 1980, 2005; Hensen 2019)

- **Strukturqualität**
Die Strukturqualität beschreibt die Rahmenbedingungen, die für die Leistungserbringung der Versorgungsform isPO erforderlich sind. Dies umfasst personelle (z. B. Kenntnisse, Ausbildungsstand der Rollen in der isPO) und sachliche Ressourcen (z. B. CAPSYS-Assist in den Versorgungsnetzwerken integriert) sowie finanzielle und organisatorische Gegebenheiten (z. B. IV-Vertrag zur besonderen Versorgungsform SGB V §140a, isPO-Versorgungskonzept).
- **Prozessqualität**
Die Prozessqualität betrachtet alle Aktivitäten, Tätigkeiten und Handlungen der versorgungsrelevanten Leistungserbringung der Versorgungsform isPO (z. B. vom Einschreibungsgespräch bis Abschlussgespräch). Die Prozessqualität bezieht sich auf die Art und Weise der Leistungserbringung in der Versorgungsform isPO, also auf die Organisation und Gestaltung der Versorgung hinsichtlich ihrer zeitlichen Ausführung (z. B. Dauer von psychotherapeutischen Erstgesprächen, Zeitspanne zwischen dem Arztgespräch und der Einschreibung) und sachlichen Erfordernis (z. B. Reihenfolge der Assessments), einschließlich der Einhaltung von Vorgaben und Standards („Das Richtige richtig tun“).
- **Ergebnisqualität**
Die Ergebnisqualität umfasst die Resultate, die durch die Leistungserbringung der Versorgungsform isPO entstehen. Aus versorgungsrelevanter Sicht betrachtet Ergebnisqualität die Wirkungen der Leistungen hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Ergebnisqualität bezieht sich auf Versorgungsendpunkte (z. B. Reduktion von Angst und Depression). Sie kann objektivierbare Veränderungen (z. B. Veränderung des HADS-Scores) oder subjektive Bewertungen (z. B. Zufriedenheit) umfassen.

3.2.2 Definition Qualitätskriterien

Es bedarf verbindlicher Qualitätsstandards, um die Umsetzung anerkannter psychoonkologischer Qualitätskriterien zu sichern. Basierend auf Qualitätskriterien der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wurden die Bewertungsaspekte acht Qualitätskriterien zugeordnet: (Hensen 2019; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2020; DIN Deutsches Institut für Normung e. V.; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1988)

- **Zugänglichkeit der Versorgung (Accessibility)**
Die Verfügbarkeit der bedarfsorientierten Leistungserbringungen der Versorgungsform isPO (z. B. das Einschreibungsgespräch) sind innerhalb der Reichweite des Patienten. Jeder Patient erhält ungeachtet des sozialen und sozioökonomischen Status zeitgerecht Zugang zum Leistungsangebot, welches er benötigt.
- **Angemessenheit der Versorgung (Appropriateness)**
Der Patient der Versorgungsform isPO wird untersucht und entsprechend seines Bedarfs behandelt (z. B. anhand des gestuften Versorgungsmodells). Die Beurteilung der Bedarfe an Behandlungen erfolgt auf sorgfältiger Anamnese und Einschätzungen mit einem vertretbaren Risiko an unerwünschten Ereignissen. Ausgeführte Tätigkeiten (Untersuchungen und Behandlungen) sollten nicht über den festgestellten Bedarf hinausgehen.
- **Stetigkeit/Koordination der Versorgung (Continuity)**
Es besteht eine nahtlose und optimierte Kette der Leistungserbringung der Versorgungsform isPO für den Patienten vom ersten Arztgespräch über die Einschreibung, Behandlung und Unterstützung bis hin zum Abschlussgespräch. Diese Koordination erstreckt sich in der Versorgungsform isPO über den ambulanten und stationären Sektoren.
- **Wirksamkeit in der Versorgung (Efficacy)**
Leistungserbringung der Versorgungsform isPO (z. B. psychotherapeutische und psychosoziale Gespräche) erhöht die Chance eines erwarteten positiven Ergebnisses (bzw. haben eine positive Wirkung auf den Gesundheitsstatus des Patienten) im Vergleich zu nicht durchgeführten oder anderen Behandlungen. Positive Ergebnisse können durch Verbesserung des beobachteten Zustands dargestellt werden (z. B. Differenz in HADS-Scores).
- **Wirtschaftlichkeit in der Versorgung (Efficiency)**
Das bestmögliche Verhältnis zwischen den erreichten Ergebnissen (z. B. Reduktion von Angst und Depression) und den aufgewendeten Ressourcen (z. B. psychotherapeutische Gespräche) muss bevorzugt werden. Die Wirtschaftlichkeit wird als ein Qualitätsmerkmal im System der Gesundheitsversorgung berücksichtigt, da es dazu befähigt, mehr Patienten zu helfen.
- **Patientenorientierung der Versorgung (Patient Perspective)**
Leistungserbringung der Versorgungsform isPO wird unter Beachtung der Werte, Präferenzen und der persönlichen Situation des Patienten bereitgestellt und nach der Einwilligungserklärung des Patienten und mit Blick auf die Erhaltung seiner körperlichen und mentalen Unversehrtheit durchgeführt.
- **Sicherheit der Versorgungsumgebung (Safety)**
Die mit der Leistungserbringung der Versorgungsform isPO für die Gesundheitsversorgung verbundenen Risiken werden identifiziert, unter Überwachung stehen und sämtliche vermeidbare Schäden beim Patienten müssen verhindert werden.
- **Rechtzeitigkeit der Versorgung (Timeliness)**
Die Leistungserbringung der Versorgungsform isPO muss zeitgerecht bereitgestellt werden und sich, ungeachtet des sozialen und sozioökonomischen Status des Patienten,

nach den optimierten Wirksamkeiten, den ermittelten Bedarfen des Patienten, dem akuten Zustand und der Schwere der Krankheit richten.

3.2.3 Bewertungskategorien

Die Aspekte der Bewertungskategorien umfasst acht Themenblöcke (Versorgungsverträge, Versorgungskonzept, Versorgungsmanagement, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung, Versorgungstelematik, Personelle Ressourcen, Qualitätsindikatoren):

- **Versorgungsverträge:** Verträge zur "Besonderen Versorgung" nach § 140a SGB V und „Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag“ nach § 630 a BGB wurden mit der BARMER, der Techniker Krankenkasse, der AOK Rheinland/Hamburg, der DAK-Gesundheit, der KKH, der IKK, der BKK pronova und der Knappschaft geschlossen. Zudem existiert ein Kooperationsvertrag für beitretende Leistungserbringer.
- **Versorgungskonzept:** Die Entwicklung des Versorgungskonzepts und des Versorgungsprogramms wurden auf Grundlage der Programmtheorie nach Issel erstellt. Verantwortlich sind die **Departments Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln (KPP)** und **Medizinische Klinik I, Klinische Psychoonkologie, Uniklinikum Köln (MED I)**. Zudem wurde ein **Qualitätsmanagementkonzept (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie)** und ein **Netzwerkkonzept (Krebsgesellschaft NRW)** entwickelt und implementiert.
- **Versorgungsmanagement:** Für das Versorgungsmanagement sind die MED I und das IGKE verantwortlich.
- **Qualitätsmanagement:** Für das partizipativ ausgerichtete Qualitätsmanagement mit einrichtungsinterner Qualitätssicherung und einrichtungsübergreifender Qualitätsentwicklung ist das IGKE zuständig.
- **Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung:** Für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung ist hauptverantwortlich das IGKE zuständig in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit der **MED I**.
- **Versorgungstelematik:** Das computergestützte Assistenzsystem Psychoonkologie (CAPSYS²⁰²⁰) wurde von der Medizinischen Informatik Fachhochschule Dortmund entwickelt.
- **Personelle Ressourcen** Die personellen Ressourcen sind vertraglich gemäß Vertrag zur Besonderen Versorgung § 140 a SGB V geregelt.
- **Qualitätsindikatoren (QI)** wurden als Assessmentinstrument zur Qualitätssicherung, Risikomanagement und Versorgungssteuerung für isPO vom IGKE entwickelt und als indirektes Bewertungsmaß für die Qualität integriert. Eine Auswahl von QI konnte für die neue Versorgungsform isPO in einem strukturierten Qualitätsbericht operationalisiert werden.

3.3 Bewertungsschema

Insgesamt wurden 200 Bewertungskriterien festgelegt und in einer der acht Bewertungskategorien zugeordnet. Jeder Themenblock der Bewertungskategorien wurde mit der Logik einer Identifikationsnummer (ID) kodiert; Versorgungsverträge (1.0.000), Versorgungskonzept (2.0.000), Versorgungsmanagement (3.0.000), Qualitätsmanagement

(4.0.000), Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (5.0.000), Versorgungstelematik (6.0.000), Personelle Ressourcen (7.0.000) und Qualitätsindikatoren (8.0.000).

- *Versorgungsveträge* umfasst Bewertungskriterien auf Basis der Vertragselemente nach dem isPO-Kooperationsvertrag und nach dem Vertrag zur Besonderen Versorgung § 140 a SGB V oder dem Behandlungsvertrag nach § 630 a BGB. Diese können zum Beispiel durch das Vorliegen oder Erfüllen QS-interner Qualitätsberichte (1.1.001), die Anzahl der Beitritte der Krankenkassen (1.2.001), die Anzahl der teilnehmenden Onkolots*innen (1.2.007) oder Patientenbriefe (1.2.012) gemessen werden.
- Konzeptionelle Komponenten (*Versorgungskonzept*) der isPO-Versorgungsform werden durch das Vorhandensein z. B. des Versorgungsmanuals (2.1.001) oder des Qualitätsmanagement-Handbuches (2.1.006) beurteilt.
- Das Vorliegen von Handbüchern (3.1.001), Versorgungspfaden (3.1.001) oder klinischer Dokumente (3.1.005) in der Organisation des Versorgungsnetzwerkes beschreiben die isPO-Managementstruktur (*Versorgungsmanagement*) der isPO-Versorgungsform.
- Unter anderem werden folgende Kernelemente des Qualitätsmanagement-Systems bewertet: Die Qualitätspolitik der isPO-Versorgungsform (4.2.000), Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung (4.4.000), und das Wissen und die Kompetenzen der isPO-Beteiligten (*Qualitätsmanagement*).
- Die systematische Evaluierung von Veranstaltungen wie Qualitätszirkeln (5.1.001) und Qualitätsworkshops (5.1.002), aber auch die Umsetzung von Maßnahmeplänen (5.2.001) und Controlling-Berichten (5.2.002) im Rahmen des Deming-Zyklus (PDCA-Zyklus) sind Bewertungsgrundlage für die *Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung*.
- Die Entwicklung und Integration von CAPSYS-Assist und dessen Anwendungsmodulen, z. B. die Behandlungsdokumentation entlang der Versorgungsstufen (6.1.001) oder das Qualitätsmanagement (6.1.003), gehören zu der Bewertungskategorie *Versorgungstelematik* (6.0.000).
- *Personelle Ressourcen* für die isPO-Versorgungsform werden gemessen durch das Vorhandensein von den verschiedenen Rollen, z. B. Case Manager*innen (7.1.02), Psychotherapeut*innen (7.1.003), Onkolots*innen (Item 7.1.005) oder Ärzt*innen (7.1.007).

Die Leistung der isPO-Versorgungsform wird durch verschiedenste Qualitätsindikatoren bewertet. Dazu gehören neben anderen die Anzahl durchgeführter Erstmaßnahmen (z. B. „Einschreibungsgespräch“ (8.1.003); „Onkolotsengespräch“ (8.1.004); „Psychotherapeutisches Erstgespräch“ (8.1.007)), Assessments (u.A. „T1-HADS-Assessment“ (8.1.024); „T2-KEA-Assessment“ (8.1.028); „T2-Onkolotsengesprächsevaluation“ (8.1.030)), die durchschnittliche Zeitspanne zu Erhalt der Leistungen (u.A. „Patienteneinwilligung-PT-Erstgespräch“ (8.1.044)), die Anzahl der Patient*innen der jeweiligen Stufen (8.1.093; 8.1.100; 8.1.107) und die „durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten“ (8.1.120).

3.4 Erhebungsinstrument

3.4.1 Übersicht

Tabelle 23: Übersicht Bewertungskriterien

ID	Item Bezeichnung	Qualitätsdimension	Qualitätskriterium	Tab.*
1.0.000	Versorgungsverträge			
1.1.000	<i>Nachweise der Vertragselemente nach dem isPO-Kooperationsvertrag sind erfüllt oder liegen vor.</i>			
	1.1.001 QS-interner Qualitätsbericht (Kooperationsvertrag Vorlage 7)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.1.002 QW-externer Qualitätsbericht (Kooperationsvertrag Vorlage 8)	Struktur	Nichtzutreffend	-
1.2.000	<i>Nachweise der Vertragselemente nach dem Vertrag zur Besonderen Versorgung § 140a sind erfüllt oder liegen vor.</i>			
	1.2.001 Beitritte der Krankenkassen (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 1)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.002 Beitritte der KV-Ärzte (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 2)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.003 Teilnehmende Kassen/Anlage 9 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 3)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.004 Teilnehmende KV-Ärzte/Anlage 3 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 4)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.005 Austritte Krankenkasse (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 5)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.006 Austritt KV-Ärzte (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 6)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.007 Teilnehmende Onkolots*innen (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 7)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.008 Teilnahmeerklärung an Krankenkasse (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 8)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.009 Widerruf Patient (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 9)	Struktur	Nichtzutreffend	-
	1.2.010 Kurzbericht an den KV-Arzt (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 10)	Struktur	Nichtzutreffend	-

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

		1.2.011	Rechnung an den KV-Arzt (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 11)	Struktur	Nichtzutreffend	-
		1.2.012	Patientenbriefe (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 12)	Struktur	Nichtzutreffend	-
		1.2.013	Meldung an die Krankenkassen/Anlagen 10 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 13)	Struktur	Nichtzutreffend	-
		1.2.014	Kassenspezifische Anlagen 10 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 14)	Struktur	Nichtzutreffend	-
2.0.000	Versorgungskonzept					
	2.1.000	<i>Konzeptionelle Komponenten der isPO-Versorgungsform sind entwickelt.</i>				
		2.1.001	Versorgungsmanual	Struktur	Nichtzutreffend	-
		2.1.002	Versorgungskonzept	Struktur	Nichtzutreffend	-
		2.1.003	Netzwerkkonzept	Struktur	Nichtzutreffend	-
		2.1.004	QM-Handbuch	Struktur	Nichtzutreffend	-
		2.1.005	Prozessmanagement-Handbuch	Struktur	Nichtzutreffend	-
		2.1.006	Qualitätsmanagement-Handbuch	Struktur	Nichtzutreffend	-
		2.1.007	Versorgungsmanagement-Handbuch	Struktur	Nichtzutreffend	-
		2.1.008	Wissensmanagement und Kompetenzen (Schulungskonzept)	Struktur	Nichtzutreffend	-

3.0.000	Versorgungsmanagement					
	3.1.000	<i>isPO-Managementstruktur für die isPO-Versorgungsform ist in der Organisation des Versorgungsnetzwerkes vorhanden.</i>				
		3.1.001	Handbücher	Struktur	Nichtzutreffend	-
		3.1.002	Versorgungspfade	Struktur	Nichtzutreffend	-
		3.1.003	Auswahl- und Ausführungsempfehlungen	Struktur	Nichtzutreffend	-
		3.1.004	Formal-administrative Dokumente	Struktur	Nichtzutreffend	-
		3.1.005	Klinische Dokumente	Struktur	Nichtzutreffend	-
		3.1.006	SOP	Struktur	Nichtzutreffend	-
4.0.000	Qualitätsmanagement					
	4.1.000	<i>Elemente des QM-Systems für die isPO-Versorgungsform sind umgesetzt.</i>				
		4.1.001	Geltungsbereich	Struktur	Nichtzutreffend	-
		4.1.002	Führungsprozesse	Struktur	Nichtzutreffend	-
		4.1.003	Unterstützungsprozesse	Struktur	Nichtzutreffend	-

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

	4.1.004	Kernprozesse	Struktur	Nichtzutreffend	-
4.2.000		<i>Qualitätspolitik der isPO-Versorgungsform ist kommuniziert und konsentiert.</i>			
	4.2.001	Vision	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.2.002	Mission	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.2.003	Leitbild	Struktur	Nichtzutreffend	-
4.3.000		<i>Behandlungsprozesse der isPO-Versorgungsform sind definiert und werden systematisch umgesetzt.</i>			
	4.3.001	Behandlungspfad Versorgungsstufe 0	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.3.002	Behandlungspfad Versorgungsstufe 1	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.3.003	Behandlungspfad Versorgungsstufe 2	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.3.004	Behandlungspfad Versorgungsstufe 3a	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.3.005	Behandlungspfad Versorgungsstufe 3b	Struktur	Nichtzutreffend	-
4.4.000		<i>Qualitätssicherungs- und entwicklungsmaßnahmen sind systematisch entwickelt und eingeführt.</i>			
	4.4.001	Qualitätszirkel-Veranstaltungen	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.4.002	Qualitätsworkshop-Veranstaltungen	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.4.003	Qualitätsworkshop- Teilnehmer Vertreter (12 Projektpartner)	Struktur	Nichtzutreffend	-
4.5.000		<i>Wissen und Kompetenzen für die isPO-Beteiligten werden systematisch umgesetzt und vermittelt.</i>			
	4.5.001	Schulungs-Modul 1: Das isPO-Projekt und die neue Versorgungsform	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.002	Schulungs-Modul 2: Die psychoonkologischen Versorgungsnetzwerke	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.003	Schulungs-Modul 3: Das gestufte Versorgungskonzept	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.004	Schulungs-Modul 4: Das Qualitätsmanagement	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.005	Schulungs-Modul 5: Versorgungsstufe 0 Basisschulung	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.006	Schulungs-Modul 6: Versorgungsstufe 1 Basisschulung	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.007	Schulungs-Modul 7: Versorgungsstufe 2 Basisschulung	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.008	Schulungs-Modul 8: Versorgungsstufe 3a Basisschulung	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.009	Schulungs-Modul 9: Versorgungsstufe 3b Basisschulung	Struktur	Sicherheit	-
	4.5.010	Einrichtungsinternes Organigramm	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.5.011	Einrichtungsübergreifendes Organigramm	Struktur	Nichtzutreffend	-
	4.5.012	Verantwortung und Befugnisse	Struktur	Nichtzutreffend	-
5.0.000	Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung				
	5.1.000	<i>Veranstaltungen sind systematisch evaluiert.</i>			
	5.1.001	Qualitätszirkel: Evaluation	Prozess	Nichtzutreffend	-
	5.1.002	Qualitätsworkshop: Evaluation	Prozess	Nichtzutreffend	-

	5.2.000		<i>Maßnahmenplan und Controlling im partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess werden systematisch gemanagt und umgesetzt.</i>			
		5.2.001	Maßnahmenplan	Prozess	Nichtzutreffend	-
		5.2.002	Controlling-Bericht	Prozess	Nichtzutreffend	-
6.0.000	Versorgungstelematik					
	6.1.000		<i>CAPSYS-Assist Anwendungen sind entwickelt und in den Organisationen der Versorgungsnetzwerke integriert.</i>			
		6.1.001	Behandlungsdokumentation entlang der Versorgungsstufen	Struktur	Nichtzutreffend	-
		6.1.002	Abrechnungsverwaltung	Struktur	Nichtzutreffend	-
		6.1.003	Qualitätsmanagement	Struktur	Nichtzutreffend	-
		6.1.004	Berichtswesen	Struktur	Nichtzutreffend	-
7.0.000	Personelle Ressourcen					
	7.1.000		<i>Personelle Ressourcen für die isPO-Versorgungsform sind in der Organisation des Versorgungsnetzwerkes vorhanden.</i>			
		7.1.001	Personelle Ressourcen: Netzwerkkoordinator*in	Struktur	Nichtzutreffend	-
		7.1.002	Personelle Ressourcen: Case Manager*in	Struktur	Nichtzutreffend	-
		7.1.003	Personelle Ressourcen: Psychotherapeut*in	Struktur	Nichtzutreffend	-
		7.1.004	Personelle Ressourcen: Psychosoziale Fachkraft	Struktur	Nichtzutreffend	-
		7.1.005	Personelle Ressourcen: Onkolots*in	Struktur	Nichtzutreffend	-
		7.1.006	Personelle Ressourcen: Case Manager*in Onkolotsen	Struktur	Nichtzutreffend	-
		7.1.007	Personelle Ressourcen: Ärzt*in	Struktur	Nichtzutreffend	-
8.0.000	Qualitätsindikatoren					
	8.1.000		<i>Leistungsmessung mit Qualitätsindikatoren.</i>			
		8.1.001	Neueinschreibung: Einschreibung in Vertrag lt. 140a SGB V	Struktur	Zugänglichkeit	1
		8.1.002	Neueinschreibung: Einschreibung in Vertrag lt. 630a BGB	Struktur	Zugänglichkeit	1
		8.1.003	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Einschreibungsgespräch (Versorgungsstufe 0-3)	Prozess	Koordination	3
		8.1.004	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Onkolotsengespräch (Versorgungsstufe 0-3)	Prozess	Koordination	3
		8.1.005	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad I (Versorgungsstufe 2)	Prozess	Koordination	3
		8.1.006	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad II/III (Versorgungsstufe 2)	Prozess	Koordination	3

	8.1.007	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychotherapeutisches Erstgespräch (Versorgungsstufe 3a)	Prozess	Koordination	3
	8.1.008	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychotherapeutisches Erstgespräch (Versorgungsstufe 3b)	Prozess	Koordination	3
	8.1.009	Durchgeführte Erstmaßnahmen: 3b-Entscheidung durch Psychotherapeuten	Prozess	Koordination	3
	8.1.010	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad I (Versorgungsstufe 3b)	Prozess	Koordination	3
	8.1.011	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad II/III (Versorgungsstufe 3b)	Prozess	Koordination	3
	8.1.012	CI in Versorgungsstufe 1 plus Zusatzversorgung PSF o. PT	Prozess	Sicherheit	5
	8.1.013	CI in Versorgungsstufe 2 plus Zusatzversorgung PT	Prozess	Sicherheit	5
	8.1.014	CI in Versorgungsstufe 3a plus Zusatzversorgung PSF	Prozess	Sicherheit	5
	8.1.015	Durchgeführte Gespräche: Gespräche aller Stufen	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.016	Durchgeführte Gespräche: Einschreibungsgespräche (alle Stufen)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.017	Durchgeführte Gespräche: Onkolotsengespräche (alle Stufen)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.018	Durchgeführte Gespräche: PSF-Gespräche (Stufe 2)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.019	Durchgeführte Gespräche: PT-Gespräche (Stufe 3a)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.020	Durchgeführte Gespräche: PT-Gespräche (Stufe 3b)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.021	Durchgeführte Gespräche: PSF-Gespräche (Stufe 3b)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.022	Durchgeführte Gespräche: PT-Gespräche (bei Patienten mit CI)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.023	Durchgeführte Gespräche: PSF-Gespräche (bei Patienten mit CI)	Prozess	Stetigkeit	6
	8.1.024	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T1-HADS-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.025	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T1-KEA-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.026	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T1-PSR-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.027	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-HADS-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.028	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-KEA-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.029	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-PSR-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.030	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-Onkolotsengesprächsevaluation	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.031	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T3-HADS-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.032	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T3-KEA-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7
	8.1.033	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T3-PSR-Assessment	Prozess	Angemessenheit	7

		8.1.034	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Erstdiagnose-Arztgespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	8
		8.1.035	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Eingang Empfehlungsschein	Prozess	Rechtzeitigkeit	8
		8.1.036	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Einschreibungsgespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	8
		8.1.037	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Eingang Empfehlungsschein-Einschreibungsgespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	8
		8.1.038	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Einschreibungsgespräch-Patienteneinwilligung	Prozess	Rechtzeitigkeit	8
		8.1.039	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Patienteneinwilligung-Vorlage zur T1-Prüfung	Prozess	Rechtzeitigkeit	8
		8.1.040	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Vorlage zur T1-Prüfung-T1-Freigabe	Prozess	Rechtzeitigkeit	8
		8.1.041	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-T1-HADS-Assessment	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.042	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-Onkolotsengespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.043	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-Erstgespräch (Stufe 2)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.044	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-Erstgespräch (Stufe 3a)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.045	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-Erstgespräch (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.046	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-3b Entscheidung (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.047	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-Erstgespräch (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.048	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-T2-HADS-Assessment	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.049	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T2-Folgegespräch (Stufe 2)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.050	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T2-Folgegespräch (Stufe 3a)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9

		8.1.051	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T2-Folgegespräch (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.052	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-T3-HADS-Assessment	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.053	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T3-Abschlussgespräch (Stufe 2)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.054	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T3-Abschlussgespräch (Stufe 3a)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.055	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T3-Abschlussgespräch (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.056	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T3-Abschlussgespräch (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	9
		8.1.057	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und erstes Folgegespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.058	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und T2-Folgegespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.059	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und T3-Abschlussgespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.060	Zeitspanne zwischen PT-Erstgespräch und erstes Folgegespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.061	Zeitspanne zwischen PT-Erstgespräch und T2-Folgegespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.062	Zeitspanne zwischen PT-Erstgespräch und T3-Abschlussgespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.063	Zeitspanne zwischen allen PSF-Gesprächen in Stufe 2	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.064	Zeitspanne zwischen allen PT-Gesprächen in Stufe 3a	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.065	Zeitspanne zwischen allen PT-Gesprächen in Stufe 3b	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.066	Zeitspanne zwischen allen PSF-Gesprächen in Stufe 3b	Prozess	Rechtzeitigkeit	10
		8.1.067	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T1-HADS-Assessment-Patientenbrief	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.068	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T1-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.069	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-HADS-Assessment-Patientenbrief	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.070	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.071	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-HADS-Assessment-Patientenbrief	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.072	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	Prozess	Rechtzeitigkeit	11

		8.1.073	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: Einwilligung isPO-T2-Anschreiben	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.074	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-Anschreiben-T2-Erinnerungsschreiben	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.075	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: Einwilligung isPO-T3-Anschreiben	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.076	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-Anschreiben-T3-Erinnerungsschreiben	Prozess	Rechtzeitigkeit	11
		8.1.077	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: Arztgespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.078	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: Einschreibungsgespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.079	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: T1-HADS-Assessment	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.080	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: Onkolotsengespräch	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.081	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Erstgespräch (Stufe 2)	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.082	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Erstgespräch (Stufe 3a)	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.083	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Erstgespräch (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.084	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Erstgespräch (Stufe 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.085	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: HADS-Assessments alle	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.086	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Gespräche alle (Stufe 2 und 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.087	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Gespräche alle (Stufe 3a und 3b)	Prozess	Rechtzeitigkeit	12
		8.1.088	Veränderungen in der Angst und Depression: Mittelwert der Differenz HADS-Gesamtscore T1-T2	Ergebnis	Wirksamkeit	13
		8.1.089	Veränderungen in der Angst und Depression: Mittelwert der Differenz HADS-Gesamtscore T2-T3	Ergebnis	Wirksamkeit	13

		8.1.090	Veränderungen in der Angst und Depression: Mittelwert der Differenz HADS-Gesamtscore T1-T3	Ergebnis	Wirksamkeit	13
		8.1.091	Gewünschte Onkolotsengespräche durch Patienten gesamt	Ergebnis	Patienten-orientierung	16
		8.1.092	Onkolotsengespräche durch Patienten unerwünscht	Ergebnis	Patienten-orientierung	16
		8.1.093	Patienten in Stufe 2	Struktur	Nichtzutreffend	19
		8.1.094	PSF-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 2	Prozess	Stetigkeit	19
		8.1.095	PSF-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 2	Prozess	Stetigkeit	19
		8.1.096	PSF-Folgegespräch bei Patienten in Stufe 2	Prozess	Stetigkeit	19
		8.1.097	PSF-T2-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 2	Prozess	Stetigkeit	19
		8.1.098	PSF-T3-Abschlussgespräch Bei Patienten in Stufe 2	Prozess	Stetigkeit	19
		8.1.099	Durchschnittliche Dauer der PSF-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 2	Prozess	Angemessenheit	19
		8.1.100	Patienten in Stufe 3a	Struktur	Nichtzutreffend	22
		8.1.101	PT-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 3a	Prozess	Stetigkeit	22
		8.1.102	PT-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 3a	Prozess	Stetigkeit	22
		8.1.103	PT-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3a	Prozess	Stetigkeit	22
		8.1.104	PT-T2-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3a	Prozess	Stetigkeit	22
		8.1.105	PT-T3-Abschlussgespräche bei Patienten in Stufe 3a	Prozess	Stetigkeit	22
		8.1.106	Durchschnittliche Dauer der PT-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 3a	Prozess	Angemessenheit	22
		8.1.107	Patienten in Stufe 3b	Struktur	Nichtzutreffend	26
		8.1.108	PT-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	26
		8.1.109	PT-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	26
		8.1.110	PT-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	26
		8.1.111	PT-T2-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	26
		8.1.112	PT-T3-Abschlussgespräche bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	26
		8.1.113	Durchschnittliche Dauer der PT-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Angemessenheit	26
		8.1.114	Patienten in Stufe 3b (Psychosoziale Gespräche in Versorgungsstufe 3b bei Patienten in Stufe 2)	Struktur	Nichtzutreffend	27
		8.1.115	PSF-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	27
		8.1.116	PSF-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	27

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

		8.1.117	PSF-Folgegespräch bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	27
		8.1.118	PSF-T3-Abschlussgespräch Bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Stetigkeit	27
		8.1.119	Durchschnittliche Dauer der PSF-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 3b	Prozess	Angemessenheit	27
		8.1.120	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: Gespräche aller Stufen	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.121	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: Einschreibungsgespräche	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.122	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: Onkolotsengespräche	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.123	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PSF-Gespräche in Stufe 2	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.124	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PT-Gespräche in Stufe 3a	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.125	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PT-Gespräche in Stufe 3b	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.126	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PSF-Gespräche in Stufe 3b	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.127	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PT-Gespräche bei Patienten mit CI	Prozess	Angemessenheit	6
		8.1.128	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PSF-Gespräche bei Patienten mit CI	Prozess	Angemessenheit	6

* Tab.: Beschreibt die Tabellen Nr. im Strukturierten Qualitätsbericht.

3.4.2 Häufigkeitsverteilung der Qualitätsdimensionen und -kriterien

Auf Basis von 128 Qualitätsindikatoren für acht Quartale und vier Versorgungsnetzwerke und 72 Qualitätsmerkmale in unterschiedlicher Ausprägungen wurden insgesamt 4.460 Auswertungsfälle (Items) für das Erhebungsinstrument formuliert.

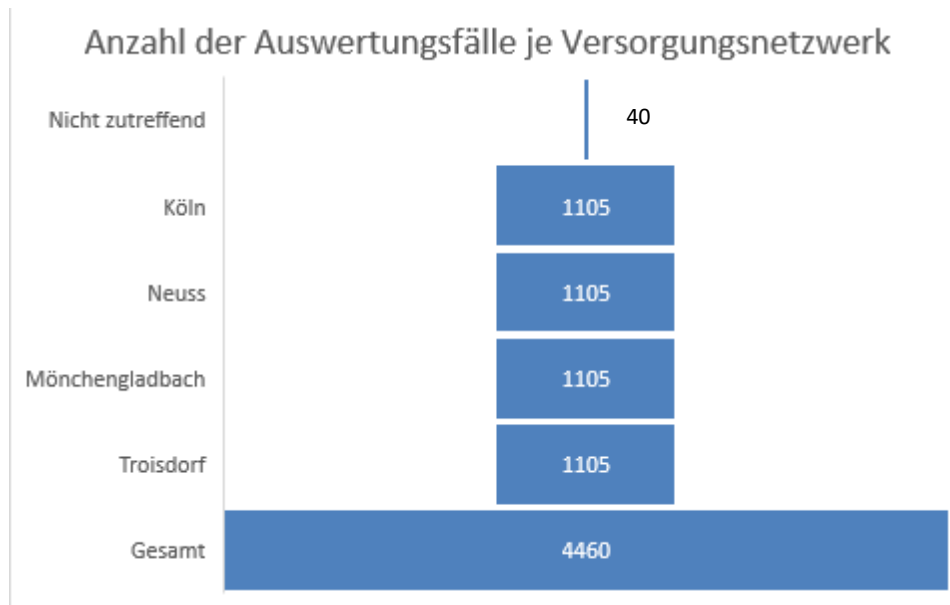


Abbildung 16: Anzahl der Auswertungsfälle je Versorgungsnetzwerk (n = 4.460 Auswertungsfälle insgesamt)

Für 91,8 % (n = 4.096) der Auswertungsfälle werden Qualitätsindikatoren herangezogen, 3,2 % (n = 144) betreffen das Qualitätsmanagement; 1,4 % (n = 64) bzw. 1,3 % (n = 56) werden dem Versorgungsverträgen bzw. der Qualitätssicherung und -entwicklung zugeordnet (s. Abbildung 17).

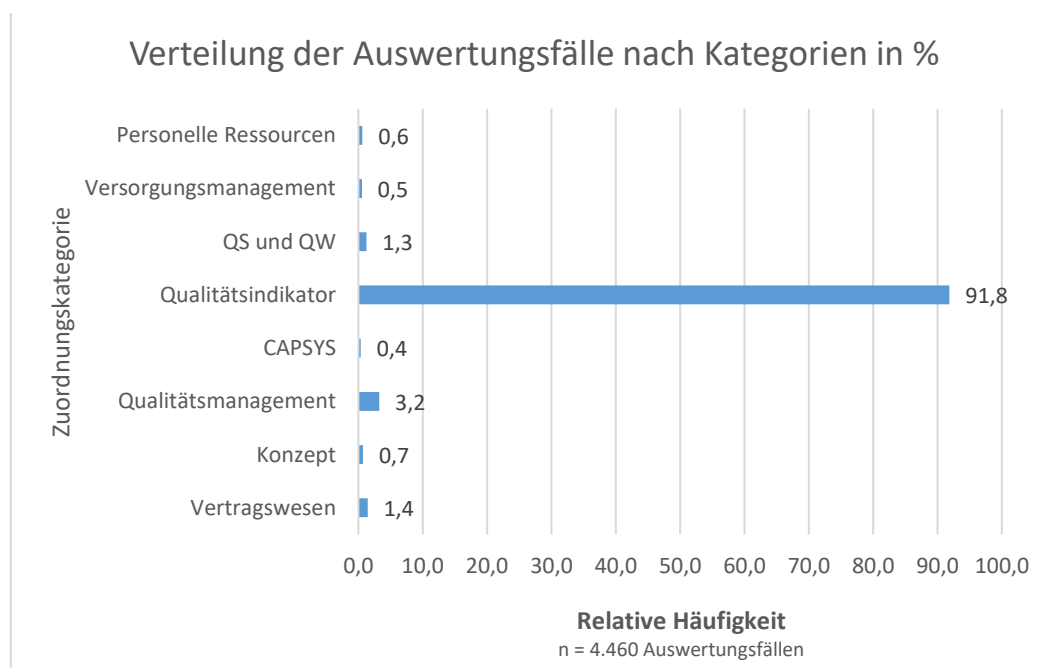


Abbildung 17: Verteilung der Bewertungskategorien

Die Auswertungsfälle verteilen sich auf 85,2 % (n = 3.800) auf die Prozessqualität, 11,2 % (n = 500) auf die Strukturqualität und 3,6 % (n = 160) auf die Ergebnisqualität (s. Abbildung 18).

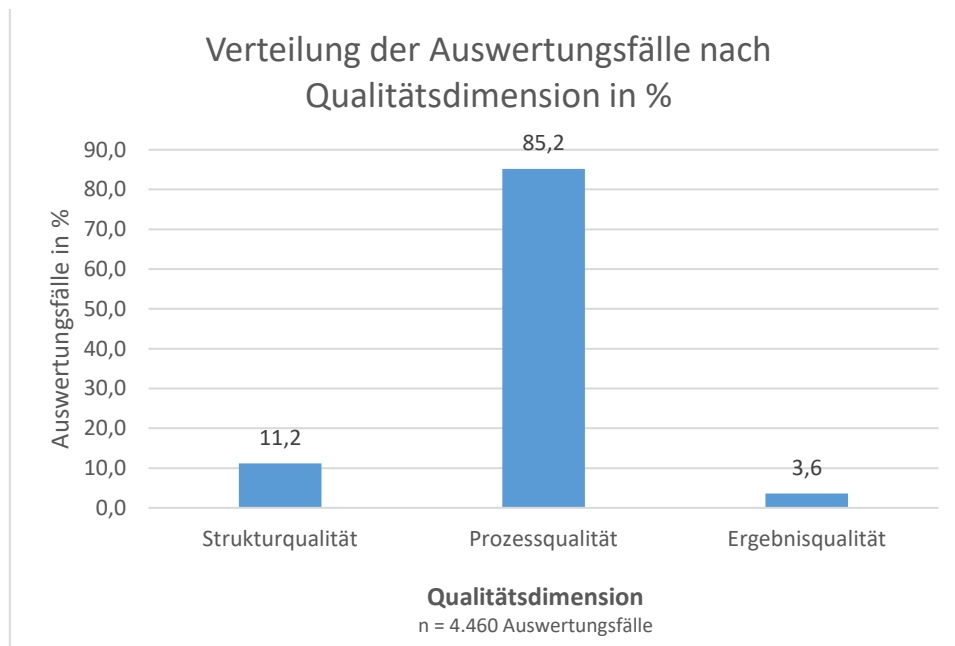


Abbildung 18: Verteilung der Qualitätsdimensionen

Mehr als zwei Drittel (38,5 %, n = 1.728) der Auswertungsfälle beschreiben die Rechtzeitigkeit der Versorgung, gefolgt von Stetigkeit/Koordination (27,1 %, n = 1.216) und der Angemessenheit der Versorgung (15,7 %, n = 704) (s. Abbildung 19).

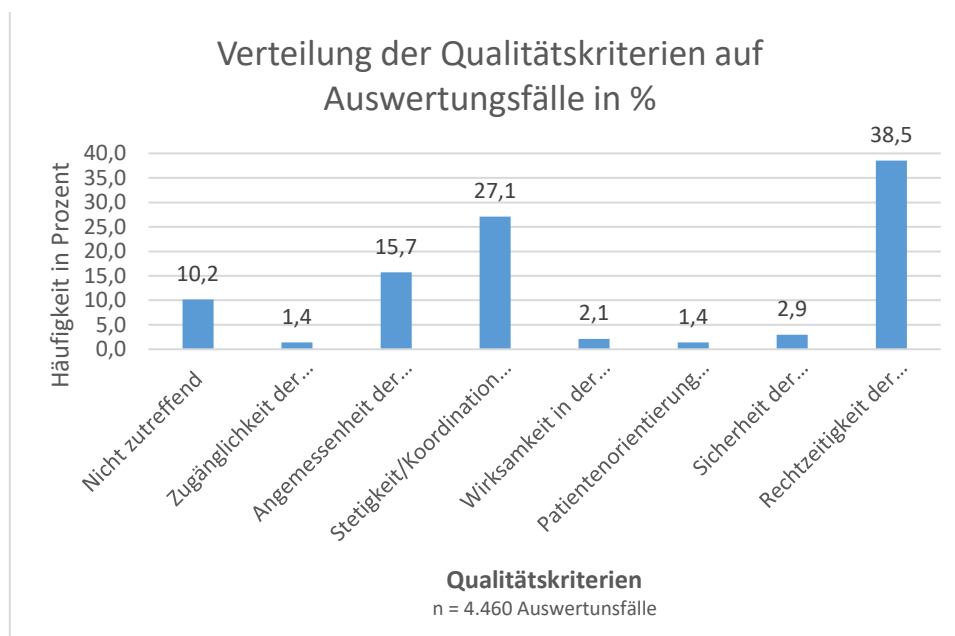


Abbildung 19: Verteilung der Qualitätskriterien

Die Prozessqualität umfasst vor allem Auswertungsfälle der Rechtzeitigkeit, Sicherheit der Versorgungsumgebung, Stetigkeit/Koordination und Angemessenheit. Während Wirksamkeit und Patientenorientierung hauptsächlich ergebnisorientierten Auswertungsfällen zugeordnet wurden, konnten strukturellen Auswertungsfällen häufig nur die Zugänglichkeit zur

Versorgung oder kein Qualitätskriterium zugeordnet werden. Das Qualitätskriterium Wirtschaftlichkeit konnte in dieser internen Evaluation zur Programadhärenz aufgrund fehlender Erhebungsdaten nicht erfasst werden (s. Abbildung 20).

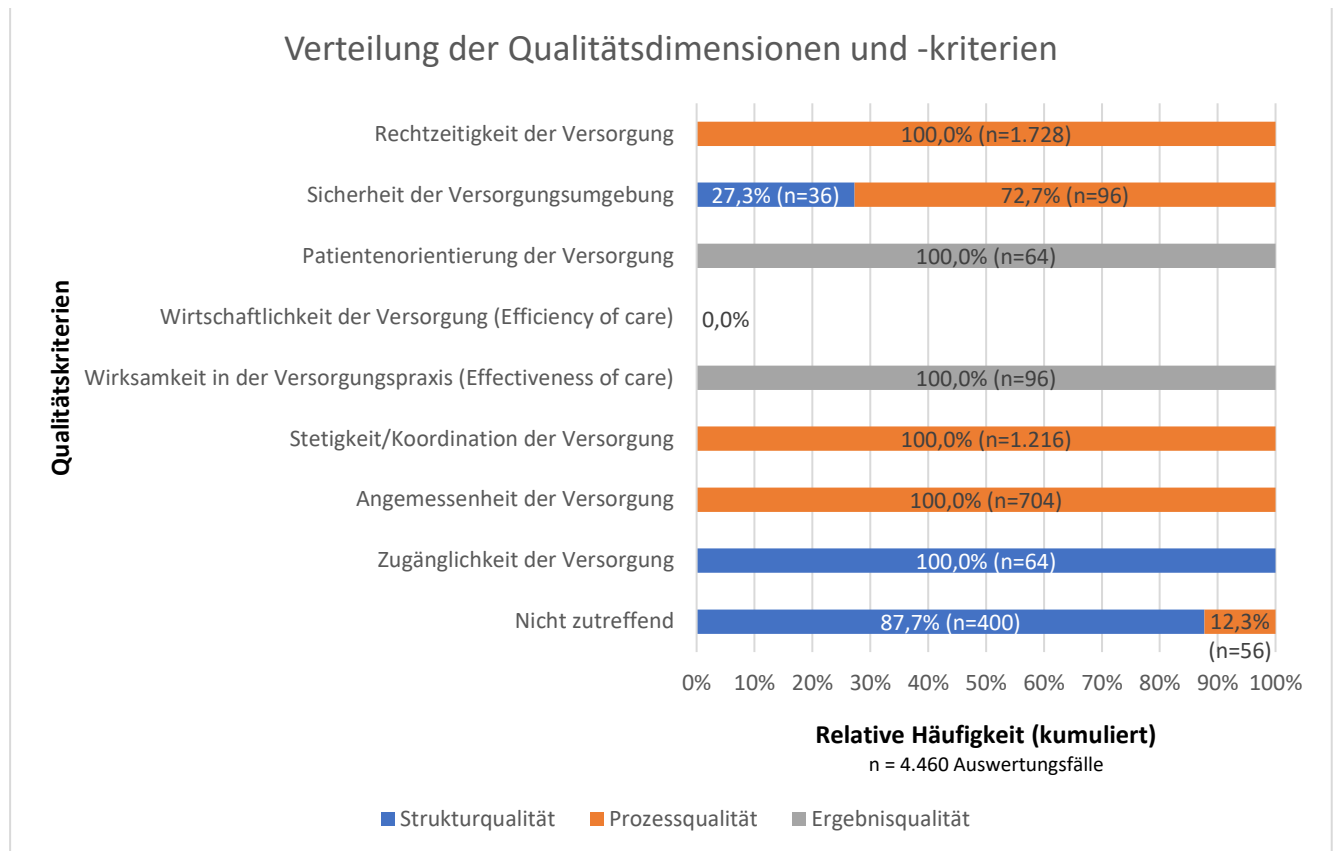


Abbildung 20: Verhältnis von Qualitätsdimensionen und -kriterien

3.5 Ergebnis

3.5.1 Bewertung der Programmadhärenz

Tabelle 24: Ergebnisse der Bewertung der Programmadhärenz

Bewertung der Programmadhärenz				
TEIL I: Qualitätsmerkmale				
Faktor / Teilfaktor	Bewertungsschema: Wurde der Aspekt umgesetzt?	Ja	Teils teils	Nein
		5 Punkte (> 80%)	3 Punkte (80% - 50%)	1 Punkt (≤ 50%)
Versorgungsverträge			Punktzahl	Umsetzung
1.1.00 1	QS-interner Qualitätsbericht (Kooperationsvertrag Vorlage 7)		1	25 % 1/4
1.1.00 2	QW-externer Qualitätsbericht (Kooperationsvertrag Vorlage 8)		1	25 % 1/4
1.2.00 1	Beitritte der Krankenkassen (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 1)		5	100 % 4/4
1.2.00 2	Beitritte der KV-Ärzte (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 2)		5	100 % 4/4
1.2.00 3	Teilnehmende Kassen/Anlage 9 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 3)		5	100 % 4/4
1.2.00 4	Teilnehmende KV-Ärzte/Anlage 3 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 4)		5	100 % 4/4
1.2.00 5	Austritte Krankenkasse (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 5)		5	100 % 4/4
1.2.00 6	Austritt KV-Ärzte (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 6)		5	100 % 4/4
1.2.00 7	Teilnehmende Onkolotsen (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 7)		5	100 % 4/4

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

1.2.00 8	Teilnahmeerklärung an Krankenkasse (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 8)	5	100 %	4/4
1.2.00 9	Widerruf Patient (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 9)	1	25 %	1/4
1.2.01 0	Kurzbericht an den KV-Arzt (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 10)	5	100 %	4/4
1.2.01 1	Rechnung an den KV-Arzt (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 11)	5	100 %	4/4
1.2.01 2	Patientenbriefe (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 12)	5	100 %	4/4
1.2.01 3	Meldung an die Krankenkassen/Anlagen 10 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 13)	5	100 %	4/4
1.2.01 4	Kassenspezifische Anlagen 10 (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 14)	5	100 %	4/4
Ø Teilbewertung Versorgungsverträge		4,25	86%	-
Versorgungskonzept		Punktzahl	Umsetzung	
2.1.00 1	Versorgungsmanual	5	100 %	1/1
2.1.00 2	Versorgungskonzept	5	100 %	1/1
2.1.00 3	Netzwerkkonzept	5	100 %	1/1
2.1.00 4	QM-Handbuch	5	100 %	1/1
2.1.00 5	Prozessmanagement-Handbuch	5	100 %	1/1
2.1.00 6	Qualitätsmanagement-Handbuch	5	100 %	1/1
2.1.00 7	Versorgungsmanagement-Handbuch	5	100 %	1/1
2.1.00 8	Wissensmanagement und Kompetenzen (Schulungskonzept)	5	100 %	1/1

∅ Teilbewertung Versorgungskonzept		5	100 %	-
Versorgungsmanagement		Punktzahl	Umsetzung	
3.1.00 1	Handbücher	5	100 %	1/1
3.1.00 2	Versorgungspfade	5	100 %	1/1
3.1.00 3	Auswahl- und Ausführungsempfehlungen	5	100 %	1/1
3.1.00 4	Formal-administrative Dokumente	5	100 %	1/1
3.1.00 5	Klinische Dokumente	5	100 %	1/1
3.1.00 6	SOP	5	100 %	1/1
∅ Teilbewertung Versorgungsmanagement		5	100 %	-
Qualitätsmanagement		Punktzahl	Umsetzung	
4.1.00 1	Geltungsbereich	5	100 %	1/1
4.1.00 2	Führungsprozesse	5	100 %	1/1
4.1.00 3	Unterstützungsprozesse	5	100 %	1/1
4.1.00 4	Kernprozesse	5	100 %	1/1
4.2.00 1	Vision	5	100 %	1/1
4.2.00 2	Mission	5	100 %	1/1
4.2.00 3	Leitbild	5	100 %	1/1

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

4.3.00 1	Behandlungspfad Versorgungsstufe 0	5	100 %	1/1
4.3.00 2	Behandlungspfad Versorgungsstufe 1	5	100 %	1/1
4.3.00 3	Behandlungspfad Versorgungsstufe 2	5	100 %	1/1
4.3.00 4	Behandlungspfad Versorgungsstufe 3a	5	100 %	1/1
4.3.00 5	Behandlungspfad Versorgungsstufe 3b	5	100 %	1/1
4.4.00 1	Qualitätszirkel-Veranstaltungen	5	87,5 %	28/3 2
4.4.00 2	Qualitätsworkshop-Veranstaltungen	5	87,5 %	7/8
4.4.00 3	Qualitätsworkshop- Teilnehmer Vertreter (12 Projektpartner)	5	50 %	4/8
4.5.00 1	Schulungs-Modul 1: Das isPO-Projekt und die neue Versorgungsform	5	100 %	1/1
4.5.00 2	Schulungs-Modul 2: Die psychoonkologischen Versorgungsnetzwerke	5	100 %	1/1
4.5.00 3	Schulungs-Modul 3: Das gestufte Versorgungskonzept	5	100 %	1/1
4.5.00 4	Schulungs-Modul 4: Das Qualitätsmanagement	5	100 %	1/1
4.5.00 5	Schulungs-Modul 5: Versorgungsstufe 0 Basisschulung	5	100 %	1/1
4.5.00 6	Schulungs-Modul 6: Versorgungsstufe 1 Basisschulung	5	100 %	1/1
4.5.00 7	Schulungs-Modul 7: Versorgungsstufe 2 Basisschulung	5	100 %	1/1
4.5.00 8	Schulungs-Modul 8: Versorgungsstufe 3a Basisschulung	5	100 %	1/1

4.5.00 9	Schulungs-Modul 9: Versorgungsstufe 3b Basisschulung	5	100 %	1/1
4.5.01 0	Einrichtungsinternes Organigramm	5	100 %	1/1
4.5.01 1	Einrichtungsübergreifendes Organigramm	5	100 %	1/1
4.5.01 2	Verantwortung und Befugnisse	5	100 %	1/1
Ø Teilbewertung Qualitätsmanagement		5	97 %	-
Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung		Punktzahl	Umsetzung	
5.1.00 1	Qualitätszirkel: Evaluation	5	81,3 %	26/3 2
5.1.00 2	Qualitätsworkshop: Evaluation	1	37,5 %	3/8
5.2.00 1	Maßnahmenplan	5	100 %	8/8
5.2.00 2	Controlling-Bericht	3	62,5 %	5/8
Ø Teilbewertung Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung		3,5	64,1 %	-
Versorgungstelematik		Punktzahl	Umsetzung	
6.1.00 1	Behandlungsdokumentation entlang der Versorgungsstufen	5	100 %	1/1
6.1.00 2	Abrechnungsverwaltung	5	100 %	1/1
6.1.00 3	Qualitätsmanagement	5	100 %	1/1
6.1.00 4	Berichtswesen	5	100 %	1/1
Ø Teilbewertung Versorgungstelematik		5	100 %	-
Personelle Ressourcen		Punktzahl	Umsetzung	

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

7.1.00 1	Personelle Ressourcen: Netzwerkkoordinator*in	5	100 %	4/4
7.1.00 2	Personelle Ressourcen: Case Manager*in	5	100 %	4/4
7.1.00 3	Personelle Ressourcen: Psychotherapeut*in	5	100 %	4/4
7.1.00 4	Personelle Ressourcen: Psychosoziale Fachkraft	5	87,5 %	3,5/4
7.1.00 5	Personelle Ressourcen: Onkolots*in	1	75 %	3/4
7.1.00 6	Personelle Ressourcen: Case Manager*in Onkolotsen	1	37,5 %	1,5/4
7.1.00 7	Personelle Ressourcen: Ärzt*in	5	100 %	4/4
∅ Teilbewertung Personelle Ressourcen		3,86	86 %	-
∅ Teilbewertung Versorgungsverträge		4,25		
∅ Teilbewertung Versorgungskonzept		5		
∅ Teilbewertung Versorgungsmanagement		5		
∅ Teilbewertung Qualitätsmanagement		5		
∅ Teilbewertung Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung		3,5		
∅ Teilbewertung Versorgungstelematik		5		
∅ Teilbewertung Personelle Ressourcen		3,86		
∅ Bewertung Qualitätsmerkmale		4,52		

TEIL II: Qualitätsindikatoren									
Faktor / Teilfaktor	Punktzahl	Ergebnis der Leistungsmessung zeigt einen positiven Trend in den letzten 2 Jahren	Ergebnis der Leistungsmessung ist stabil und/oder erfüllt weitestgehend die Ziele	Ergebnis der Leistungsmessung ist stabil, hat jedoch Optimierungspotenzial	Ergebnis der Leistungsmessung ist instabil	Keine (ausreichenden) Daten vorhanden			
		5 Punkte	4 Punkte	3 Punkte	2 Punkte	1 Punkt			
Qualitätsindikatoren					Punktzahl				
					Ø	K	M G	NE	TR
8.1.001	Neueinschreibung: Einschreibung in Vertrag lt. 140a SGB V	4	3	5	4	4			
8.1.002	Neueinschreibung: Einschreibung in Vertrag lt. 630a BGB	4	3	4	4	5			
8.1.003	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Einschreibungsgespräch (Versorgungsstufe 0-3)	4	3	5	4	4			
8.1.004	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Onkolotsengespräch (Versorgungsstufe 0-3)	3,5	2	4	4	4			
8.1.005	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad I (Versorgungsstufe 2)	3,5	3	4	4	3			
8.1.006	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad II/III (Versorgungsstufe 2)	3,5	3	4	4	3			
8.1.007	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychotherapeutisches Erstgespräch (Versorgungsstufe 3a)	3,5	3	3	4	4			
8.1.008	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychotherapeutisches Erstgespräch (Versorgungsstufe 3b)	4,25	5	4	4	4			
8.1.009	Durchgeführte Erstmaßnahmen: 3b-Entscheidung durch Psychotherapeuten	3,75	3	4	4	4			
8.1.010	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad I (Versorgungsstufe 3b)	4	4	4	4	4			

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.01 1	Durchgeführte Erstmaßnahmen: Psychosoziales Erstgespräch mit Hilfegrad II/III (Versorgungsstufe 3b)	4	4	4	4	4
8.1.01 2	CI in Versorgungsstufe 1 plus Zusatzversorgung PSF o. PT	4,5	4	5	4	5
8.1.01 3	CI in Versorgungsstufe 2 plus Zusatzversorgung PT	4,2 5	3	5	4	5
8.1.01 4	CI in Versorgungsstufe 3a plus Zusatzversorgung PSF	5	5	5	5	5
8.1.01 5	Durchgeführte Gespräche: Gespräche aller Stufen	4,7 5	5	5	5	4
8.1.01 6	Durchgeführte Gespräche: Einschreibungsgespräche (alle Stufen)	4,2 5	3	5	5	4
8.1.01 7	Durchgeführte Gespräche: Onkolotsengespräche (alle Stufen)	3,7 5	2	5	4	4
8.1.01 8	Durchgeführte Gespräche: PSF-Gespräche (Stufe 2)	4,2 5	3	5	5	4
8.1.01 9	Durchgeführte Gespräche: PT-Gespräche (Stufe 3a)	4,7 5	5	5	5	4
8.1.02 0	Durchgeführte Gespräche: PT-Gespräche (Stufe 3b)	4,5	5	5	4	4
8.1.02 1	Durchgeführte Gespräche: PSF-Gespräche (Stufe 3b)	4,5	5	5	4	4
8.1.02 2	Durchgeführte Gespräche: PT-Gespräche (bei Patienten mit CI)	4,2 5	5	4	4	4
8.1.02 3	Durchgeführte Gespräche: PSF-Gespräche (bei Patienten mit CI)	4,2 5	5	4	4	4
8.1.02 4	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T1-HADS-Assessment	4	3	5	4	4
8.1.02 5	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T1-KEA-Assessment	4	3	5	4	4
8.1.02 6	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T1-PSR-Assessment	4	3	5	4	4

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.02 7	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-HADS-Assessment	4,2 5	4	5	4	4
8.1.02 8	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-KEA-Assessment	4	3	5	4	4
8.1.02 9	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-PSR-Assessment	4	3	5	4	4
8.1.03 0	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T2-Onkolotsengesprächsevaluation	4	3	5	4	4
8.1.03 1	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T3-HADS-Assessment	4,5	5	5	4	4
8.1.03 2	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T3-KEA-Assessment	4,5	5	5	4	4
8.1.03 3	Durchgeführte Assessments: Angelegtes T3-PSR-Assessment	4,5	5	5	4	4
8.1.03 4	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Erstdiagnose-Arztgespräch	2,2 5	2	2	2	3
8.1.03 5	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Eingang Empfehlungsschein	2,7 5	5	2	2	2
8.1.03 6	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Einschreibungsgespräch	2,7 5	4	2	3	2
8.1.03 7	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Eingang Empfehlungsschein-Einschreibungsgespräch	2,5	4	2	2	2
8.1.03 8	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Einschreibungsgespräch-Patienteneinwilligung	3,5	3	4	3	4
8.1.03 9	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Patienteneinwilligung-Vorlage zur T1-Prüfung	3,7 5	3	4	4	4
8.1.04 0	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Vorlage zur T1-Prüfung-T1-Freigabe	4,2 5	4	3	5	5
8.1.04 1	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-T1-HADS-Assessment	4,2 5	4	4	5	4
8.1.04 2	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-Onkolotsengespräch	2,7 5	2	3	2	4

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.04 3	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-Erstgespräch (Stufe 2)	3,5	3	5	4	2
8.1.04 4	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-Erstgespräch (Stufe 3a)	3,5	3	3	4	4
8.1.04 5	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-Erstgespräch (Stufe 3b)	3,7 5	3	4	4	4
8.1.04 6	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-3b Entscheidung (Stufe 3b)	4	3	5	4	4
8.1.04 7	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-Erstgespräch (Stufe 3b)	3,2 5	3	4	2	4
8.1.04 8	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-T2-HADS-Assessment	3,7 5	4	4	4	3
8.1.04 9	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T2-Folgegespräch (Stufe 2)	3,5	3	5	3	3
8.1.05 0	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T2-Folgegespräch (Stufe 3a)	3,5	3	5	3	3
8.1.05 1	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T2-Folgegespräch (Stufe 3b)	3,5	3	5	3	3
8.1.05 2	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-T3-HADS-Assessment	4,2 5	4	4	5	4
8.1.05 3	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T3-Abschlussgespräch (Stufe 2)	2,2 5	2	3	1	3
8.1.05 4	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T3-Abschlussgespräch (Stufe 3a)	4	3	5	4	4
8.1.05 5	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PT-T3-Abschlussgespräch (Stufe 3b)	4	3	5	4	4
8.1.05 6	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T3-Abschlussgespräch (Stufe 3b)	3,7 5	3	4	4	4
8.1.05 7	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und erstes Folgegespräch	2,7 5	3	4	2	2
8.1.05 8	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und T2-Folgegespräch	3,2 5	3	5	2	3

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.059	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und T3-Abschlussgespräch	3,5	2	5	4	3
8.1.060	Zeitspanne zwischen PT-Erstgespräch und erstes Folgegespräch	3,25	3	3	3	4
8.1.061	Zeitspanne zwischen PT-Erstgespräch und T2-Folgegespräch	3,25	3	4	3	3
8.1.062	Zeitspanne zwischen PT-Erstgespräch und T3-Abschlussgespräch	3,75	3	5	3	4
8.1.063	Zeitspanne zwischen allen PSF-Gesprächen in Stufe 2	3,5	3	4	3	4
8.1.064	Zeitspanne zwischen allen PT-Gesprächen in Stufe 3a	3,5	3	4	3	4
8.1.065	Zeitspanne zwischen allen PT-Gesprächen in Stufe 3b	3,75	3	4	4	4
8.1.066	Zeitspanne zwischen allen PSF-Gesprächen in Stufe 3b	2,25	3	1	2	3
8.1.067	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T1-HADS-Assessment-Patientenbrief	2,5	3	3	3	1
8.1.068	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T1-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	2,5	3	3	3	1
8.1.069	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-HADS-Assessment-Patientenbrief	2	2	2	3	1
8.1.070	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	2	2	2	3	1
8.1.071	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-HADS-Assessment-Patientenbrief	2,5	3	3	3	1
8.1.072	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	2,25	3	2	3	1
8.1.073	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: Einwilligung isPO-T2-Anschreiben	4	4	4	4	4
8.1.074	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-Anschreiben-T2-Erinnerungsschreiben	3,5	4	5	1	4

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.07 5	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: Einwilligung isPO-T3-Anschreiben	3,7 5	4	4	4	3
8.1.07 6	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-Anschreiben-T3-Erinnerungsschreiben	3,7 5	5	5	3	2
8.1.07 7	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: Arztgespräch	3,7 5	4	5	3	3
8.1.07 8	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: Einschreibungsgespräch	3,7 5	4	4	3	4
8.1.07 9	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: T1-HADS-Assessment	4	4	4	4	4
8.1.08 0	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: Onkolotsengespräch	2,7 5	3	3	2	3
8.1.08 1	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Erstgespräch (Stufe 2)	2,2 5	2	2	2	3
8.1.08 2	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Erstgespräch (Stufe 3a)	2,2 5	2	2	2	3
8.1.08 3	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Erstgespräch (Stufe 3b)	2,7 5	3	3	2	3
8.1.08 4	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Erstgespräch (Stufe 3b)	2,2 5	2	3	2	2
8.1.08 5	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: HADS-Assessments alle	3,2 5	3	4	3	3
8.1.08 6	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Gespräche alle (Stufe 2 und 3b)	3,2 5	3	4	3	3
8.1.08 7	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Gespräche alle (Stufe 3a und 3b)	3,2 5	3	3	3	4
8.1.08 8	Veränderungen in der Angst und Depression: Mittelwert der Differenz HADS-Gesamtscore T1-T2	3,2 5	3	4	3	3
8.1.08 9	Veränderungen in der Angst und Depression: Mittelwert der Differenz HADS-Gesamtscore T2-T3	3,5	3	5	3	3
8.1.09 0	Veränderungen in der Angst und Depression: Mittelwert der Differenz HADS-Gesamtscore T1-T3	3,7 5	4	4	3	4

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.09 1	Gewünschte Onkolotsengespräche durch Patienten gesamt	3,7 5	3	4	4	4
8.1.09 2	Onkolotsengespräche durch Patienten unerwünscht	3,5	2	4	4	4
8.1.09 3	Patienten in Stufe 2	5	5	5	5	5
8.1.09 4	PSF-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 2	4,7 5	4	5	5	5
8.1.09 5	PSF-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 2	4,2 5	4	4	5	4
8.1.09 6	PSF-Folgegespräch bei Patienten in Stufe 2	4	4	4	3	5
8.1.09 7	PSF-T2-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 2	4,2 5	4	5	4	4
8.1.09 8	PSF-T3-Abschlussgespräch Bei Patienten in Stufe 2	4,2 5	4	4	4	5
8.1.09 9	Durchschnittliche Dauer der PSF-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 2	4	4	4	4	4
8.1.10 0	Patienten in Stufe 3a	4,7 5	5	5	5	4
8.1.10 1	PT-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 3a	4,7 5	5	5	5	4
8.1.10 2	PT-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 3a	3,5	3	4	3	4
8.1.10 3	PT-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3a	4,5	5	4	5	4
8.1.10 4	PT-T2-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3a	4	4	4	4	4
8.1.10 5	PT-T3-Abschlussgespräche bei Patienten in Stufe 3a	4,2 5	5	4	4	4
8.1.10 6	Durchschnittliche Dauer der PT-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 3a	4,2 5	5	4	4	4

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.10 7	Patienten in Stufe 3b	5	5	5	5	5
8.1.10 8	PT-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 3b	4,5	5	5	3	5
8.1.10 9	PT-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 3b	4,2 5	4	4	5	4
8.1.11 0	PT-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3b	4	5	4	3	4
8.1.11 1	PT-T2-Folgegespräche bei Patienten in Stufe 3b	4	4	4	4	4
8.1.11 2	PT-T3-Abschlussgespräche bei Patienten in Stufe 3b	4,5	5	4	4	5
8.1.11 3	Durchschnittliche Dauer der PT-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 3b	4	4	4	4	4
8.1.11 4	Patienten in Stufe 3b (Psychosoziale Gespräche in Versorgungsstufe 3b bei Patienten in Stufe 2)	5	5	5	5	5
8.1.11 5	PSF-Gespräche gesamt bei Patienten in Stufe 3b	4,5	5	5	3	5
8.1.11 6	PSF-Erstgespräche bei Patienten in Stufe 3b	4,5	5	5	4	4
8.1.11 7	PSF-Folgegespräch bei Patienten in Stufe 3b	4,2 5	4	4	4	5
8.1.11 8	PSF-T3-Abschlussgespräch Bei Patienten in Stufe 3b	4,2 5	4	4	4	5
8.1.11 9	Durchschnittliche Dauer der PSF-Gespräche gesamt (in Minuten) bei Patienten in Stufe 3b	3,5	4	3	3	4
8.1.12 0	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: Gespräche aller Stufen	4	4	4	4	4
8.1.12 1	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: Einschreibungsgespräche	4	4	4	4	4
8.1.12 2	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: Onkolotsengespräche	4	4	4	4	4

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

8.1.12 3	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PSF-Gespräche in Stufe 2	4	4	4	4	4
8.1.12 4	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PT-Gespräche in Stufe 3a	4	4	4	4	4
8.1.12 5	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PT-Gespräche in Stufe 3b	4	4	4	4	4
8.1.12 6	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PSF-Gespräche in Stufe 3b	4	4	4	4	4
8.1.12 7	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PT-Gespräche bei Patienten mit CI	3,7 5	4	4	3	4
8.1.12 8	Durchschnittliche Anzahl der Gespräche pro Patienten: PSF-Gespräche bei Patienten mit CI	2,5	4	1	4	1
Ø Bewertung Qualitätsindikatoren:		3,7 5	3,6 2	4,0 6	3,6 3	3,6 8
Ø Bewertung Qualitätsmerkmale:		4,52				
Ø Bewertung Qualitätsindikatoren:		3,75				
Gesamtbewertung:		4,14				

3.5.2 Implementierungsgrad

Insgesamt 99,2 % (n = 4.423 von 4.460) der Auswertungsfälle sind als implementiert beurteilt (s. Abbildung 21). Bei 85,8 % (n = 4.423) der Auswertungsfälle lagen Daten und Informationen zur Bewertung vor (s. Abbildung 22) .

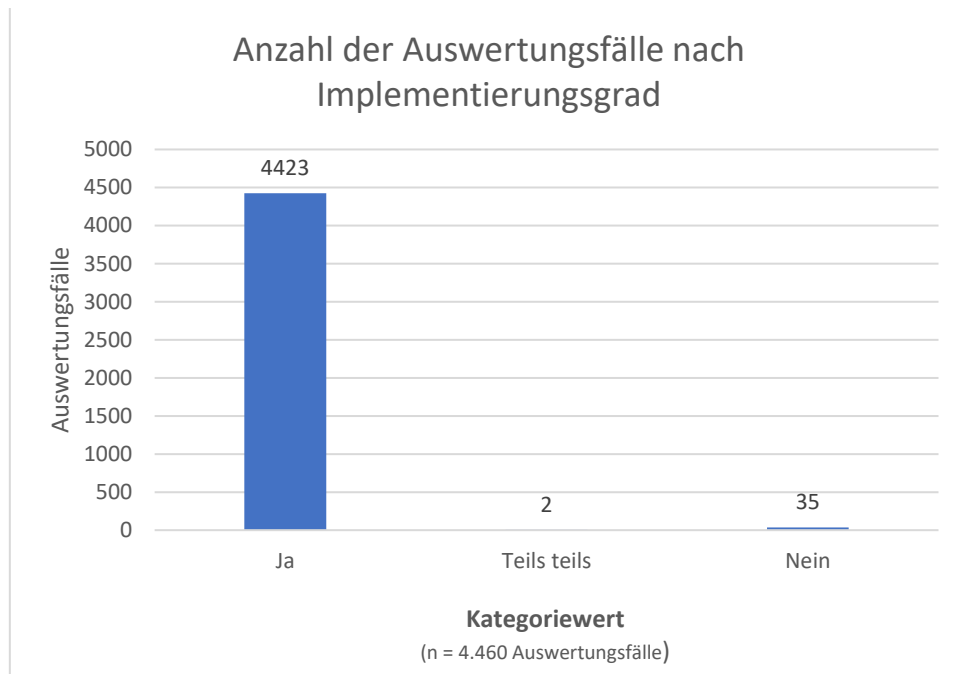


Abbildung 21: Auswertungen nach Implementierungsgrad

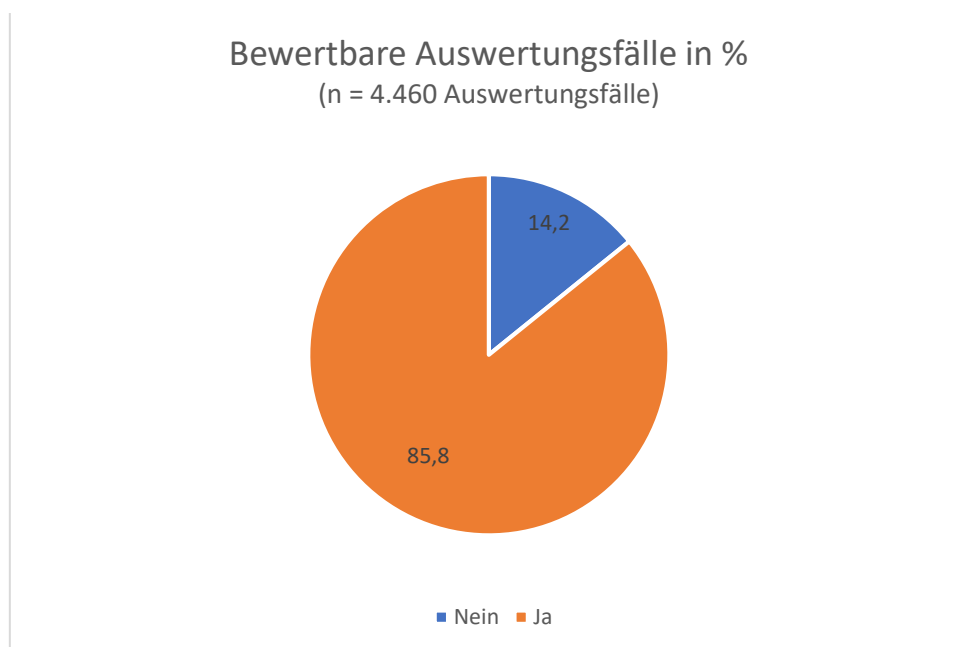


Abbildung 22: Bewertbare Auswertungsfälle

3.5.3 Gesamtbewertung

Die interne Bewertung der Programmadhärenz der Versorgungsform isPO ergab folgende Gesamtbewertung:

Ø Bewertung Qualitätsmerkmale: 4,52 / 5 Punkten (MW)

Ø Bewertung Qualitätsindikatoren: 3,75 / 5 Punkten (MW)

Gesamtbewertung: 4,14 / 5 Punkten (MW)

Das Ergebnis der internen Evaluation zur Programmadhärenz zeigt, dass ein hoher Umsetzungsgrad der Versorgungsform in der Versorgungspraxis vorliegt.

Mit einem durchschnittlichen Implementierungsgrad von über 80 % (4,52 Punktwert) sind die (hauptsächlich strukturellen) Qualitätsmerkmale in der Versorgungspraxis umgesetzt.

Mit einem Punktwert von 3,75 von 5 möglichen Punkten wird die Umsetzung des isPO Versorgungsprogramms auf Basis der Daten der Qualitätsindikatoren als stabil und umgesetzt beurteilt. Die Ziele zur Programmadhärenz sind demnach zu 75 % erfüllt. 12 % (n = 24 von 200) der Bewertungskriterien sind unterhalb dem Schwellenwert von < 3 Punkte bewertet.

3.5.4 Teilergebnisse

Im Folgenden werden zentrale Teilergebnisse der Bewertung der Programmadhärenz nach dem Punktbewertungsverfahren dargestellt.

3.5.4.1 Versorgungsverträge

Die Bewertungskategorie wurde zu 86 % in der Versorgungspraxis umgesetzt. Lediglich drei Aspekte werden laut Angaben der KG NRW (Stand: 11.09.2020) nur im Versorgungsnetzwerk Köln umgesetzt:

- QS-interner Qualitätsbericht (Kooperationsvertrag Vorlage 7)
- QW-externer Qualitätsbericht (Kooperationsvertrag Vorlage 8)
- Widerruf Patient (§ 630 BGB IV-Vertrag zur Besonderen Versorgung Vorlage 9)

Der QS-interne und QW-externe Qualitätsbericht sind zum Zeitpunkt der Abfrage noch nicht in den Versorgungsnetzwerken implementiert. Seit Dezember 2020 kann ein strukturierter Qualitätsbericht über CAPSYS-Assist lokal in den Versorgungsnetzwerken abgerufen werden. Ein QW-externer und automatisch generierter Bericht über CAPSYS-Assits kann derzeit aufgrund von Datenschutzbestimmungen in den Versorgungsnetzwerken nicht digital generiert werden.

3.5.4.2 Versorgungskonzept

Alle konzeptionelle Komponenten der isPO-Versorgungsform sind entwickelt.

3.5.4.3 Versorgungsmanagement

Eine Managementstruktur für die isPO-Versorgungsform ist entwickelt und liegt in der Organisation der Versorgungsnetzwerke vor.

3.5.4.4 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement wird zu 97 % umgesetzt. In der Bewertungskategorie „QM-System“ liegt der Umsetzungsgrad bei 100 %. Die Qualitätspolitik der isPO-Versorgungsform ist kommuniziert und konsentiert. Behandlungsprozesse der isPO-Versorgungsform sind definiert und werden systematisch umgesetzt. Wissen und die notwendigen Kompetenzen für die isPO-Versorgungsform sind den isPO-Beteiligten vermittelt. Die Qualitätssicherungs- und entwicklungsmaßnahmen sind systematisch entwickelt und eingeführt. Für die Anforderung zur Durchführung der Qualitätszirkel (28 von 32 durchgeführt) und Qualitätsworkshops (7 von 8 durchgeführt) liegt ein Umsetzungsgrad von 87,5 % vor. Eine 100%ige Umsetzung der Veranstaltung konnte aufgrund des ersten COVID-19 Lockdowns nicht erzielt werden. Ursprünglich waren sie als Präsenzveranstaltungen geplant. Interimslösungen wurden eingeführt. Die Versorgungsnetzwerke haben sich auf digitale Veranstaltungen oder Telefonkonferenzen umgestellt.

Ein Qualitätsworkshop musste ausgesetzt werden aufgrund eines Bombenfunds. Anschließend konnte der Nachholtermin für die Präsenzveranstaltung aufgrund des ersten Covid-19 Lockdowns nicht stattfinden. Alle Unterlagen wurden dem Teilnehmerkreis des Qualitätsworkshop zur Verfügung gestellt. Ab März 2020 wurden die Qualitätsworkshop über ein digitales Umlaufverfahren als Interimslösung für die Versorgungsnetzwerke bereitgestellt. Infolgedessen haben im Auswertungszeitraum 2020 aktiv die Konsortialführung, die Versorgungsnetzwerke und das Qualitätsmanagement am Verfahren des Qualitätsworkshops partizipiert. Allen anderen Projektpartner*innen wurden die Ergebnisse nach jedem Evaluationszyklus zur Verfügung gestellt. Seit 2021 werden die Qualitätsworkshops in einem digitalen Videokonferenz Format für den Teilnehmerkreis durchgeführt, um alle Beteiligten aktiv wie in einer Präsenzveranstaltung einzubinden.

3.5.4.5 Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Mit 70 % konnte die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung umgesetzt werden. Während 81 % der Qualitätszirkel netzwerkintern evaluiert trotz Covid-19 bedingten Ausfällen und Umstellungen systematisch evaluiert werden konnten, war dies durch das digitale Umlaufverfahren als Interimslösung bei 38 % der Qualitätsworkshops eine Evaluation der Veranstaltung nicht vorgesehen.

Der Controlling-Bericht ist ab Quartal 3 in 2019 basierend auf dem Maßnahmenplan entwickelt und implementiert worden. Infolgedessen liegt die Erfüllung des Controlling-Berichtes über den gesamten Beobachtungszeitraum (ab Q1 2019 bis Q4 2020) bei 63 %. Ab Quartal 3 2019 sind der Maßnahmenplan und das Controlling im partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess kontinuierlich und systematisch gemanagt und umgesetzt.

3.5.4.6 Versorgungstelematik

CAPSYS-Assist Anwendungen und zusätzliche Module (z. B. das QM-Modul) sind entwickelt und in den Organisationen der Versorgungsnetzwerke integriert. Es finden regelmäßige Updates und Releases statt.

3.5.4.7 Personelle Ressourcen

Personelle Ressourcen für die isPO-Versorgungsform sind zu 86 % vertragskonform in der Organisation der Versorgungsnetzwerke vorhanden. In einem Versorgungsnetzwerk fehlt die personelle Besetzung der Onkolots*in. Casemanager*in und Onkolots*in fehlen in 2,5 Versorgungsnetzwerken (in einem Netzwerk werden die Rollen in einer Person abgedeckt, was mit einem halben Punktwert bewertet wurde).

3.5.5 Bewertung Qualitätsindikatoren

Anhand der Leistungsmessung mittels Qualitätsindikatoren auf Basis des strukturierten Qualitätsberichtes, werden 128 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zur Messung der Programmadhärenz herangezogen. Im Zeitraum von acht Quartalen sowie vier Versorgungsnetzwerken, basiert die Teilbewertung der QI auf 4.096 Auswertungsfällen. Im Mittel sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit einem Punktwert von 3,75 (SD = 0,7).

Im Folgenden werden auffällige Werte skizziert (s. Tabelle 25). Ein Wert gilt als auffällig, wenn der Mittelwert unter dem Punktwert 3 liegt (abgerundeter MW minus einer SD).

Tabelle 25: Übersicht aller statistisch auffälligen QI Ergebnisse

ID	Qualitätsindikator	Ø	K	MG	NE	TR
8.1.034	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Erstdiagnose-Arztgespräch	2,25	2	2	2	3
8.1.035	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Eingang Empfehlungsschein	2,75	5	2	2	2
8.1.036	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Einschreibungsgespräch	2,75	4	2	3	2
8.1.037	Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Eingang Empfehlungsschein-Einschreibungsgespräch	2,5	4	2	2	2
8.1.053	Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T3-Abschlussgespräch (Stufe 2)	2,25	2	3	1	3
8.1.057	Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und erstes Folgegespräch	2,75	3	4	2	2
8.1.066	Zeitspanne zwischen allen PSF-Gesprächen in Stufe 3b	2,25	3	1	2	3
8.1.067	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T1-HADS-Assessment-Patientenbrief	2,5	3	3	3	1
8.1.068	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T1-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	2,5	3	3	3	1
8.1.069	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-HADS-Assessment-Patientenbrief	2	2	2	3	1
8.1.070	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T2-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	2	2	2	3	1
8.1.071	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-HADS-Assessment-Patientenbrief	2,5	3	3	3	1
8.1.072	Zeitspanne bei Organisation der Assessments: T3-HADS-Assessment-Kurzbericht Arzt	2,25	3	2	3	1
8.1.080	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: Onkolotsengespräch	2,75	3	3	2	3
8.1.081	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Erstgespräch (Stufe 2)	2,25	2	2	2	3
8.1.082	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Erstgespräch (Stufe 3a)	2,25	2	2	2	3
8.1.083	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PT-Erstgespräch (Stufe 3b)	2,75	3	3	2	3
8.1.084	Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation: PSF-Erstgespräch (Stufe 3b)	2,25	2	3	2	2

Die Items mit Auffälligkeiten beziehen sich auf Werte von Zeiterfassungsdaten, vor allem bei administrativen Prozessen (z. B. Organisation der Assessments, Durchführung und Dokumentation, s. Abbildung 23 bis 43). Ein Zusammenhang von Eingabe- oder Datierungsfehlern in CAPSYS-Assist kann nicht ausgeschlossen werden (s. Abbildung 25) und sollte geprüft werden.

3.5.5.1 Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten (QI 81034-81037)

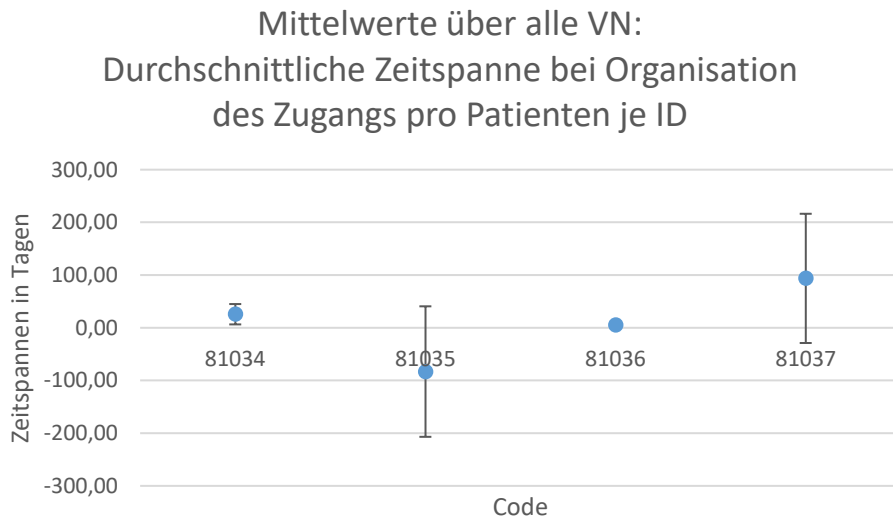


Abbildung 23: Mittelwerte der durchschnittlichen Zeitspannen bei Organisation des Zugangs pro Patienten

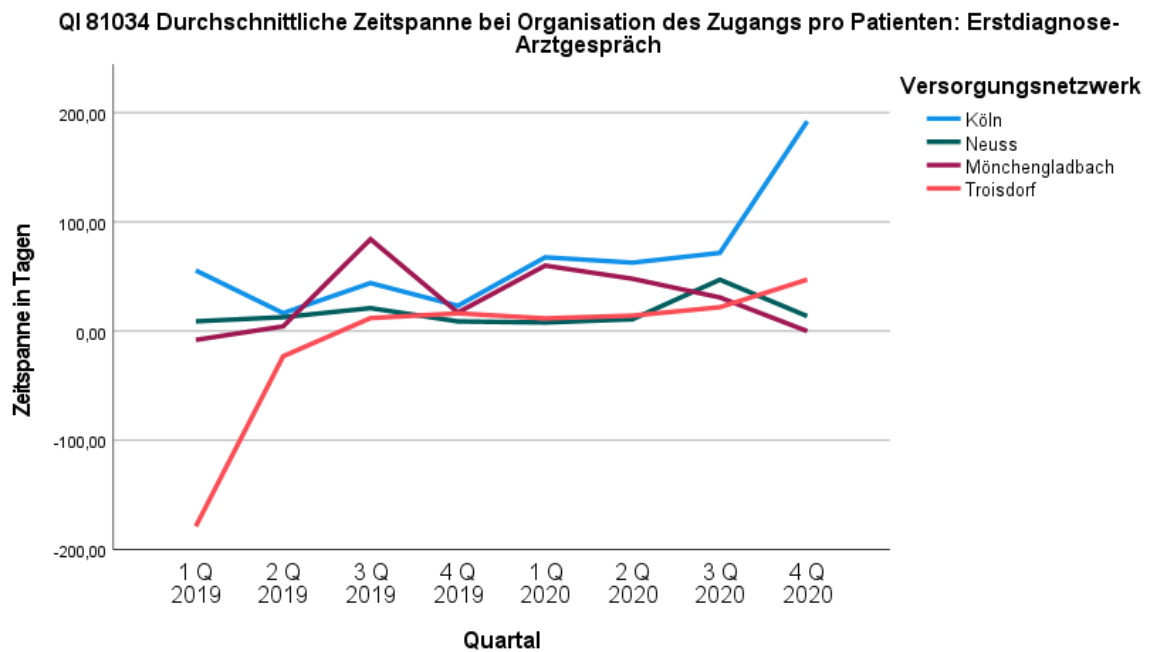


Abbildung 24: QI 81034

QI 81035 Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Eingang Empfehlungsschein

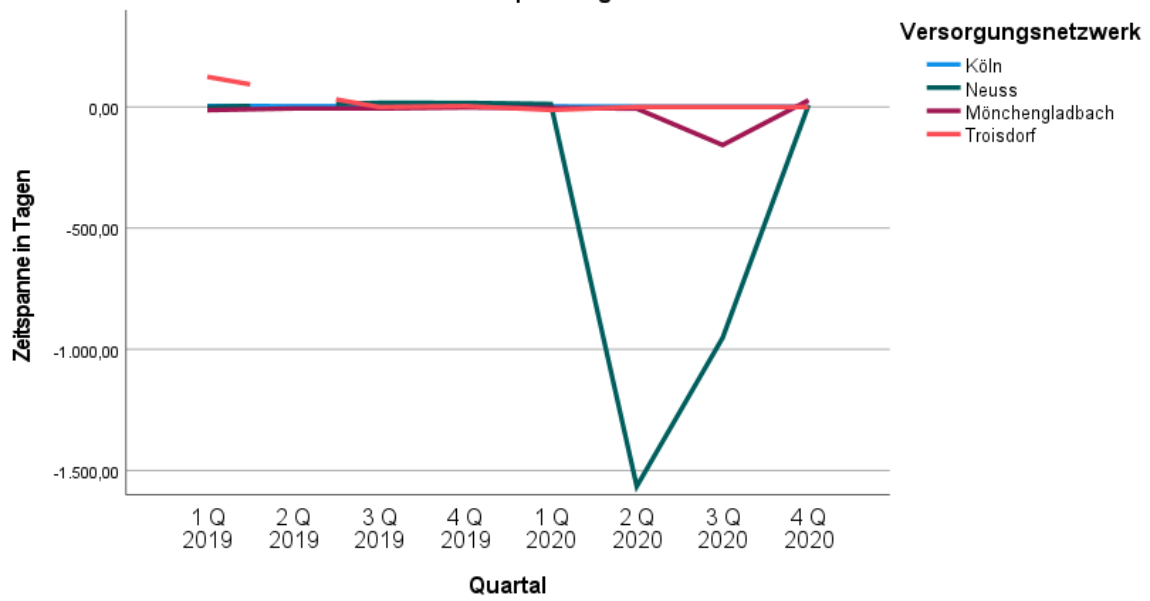


Abbildung 25: QI 81035

QI 81036 Durchschnittliche Zeitspanne bei Organisation des Zugangs pro Patienten: Arztgespräch-Einschreibungsgespräch

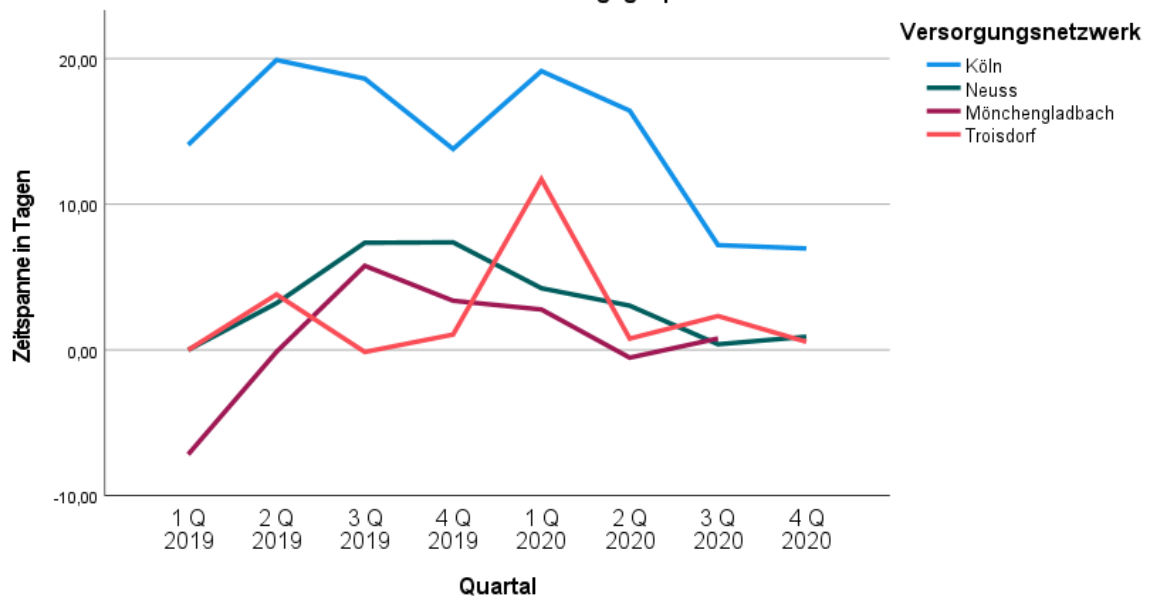


Abbildung 26: QI 81036

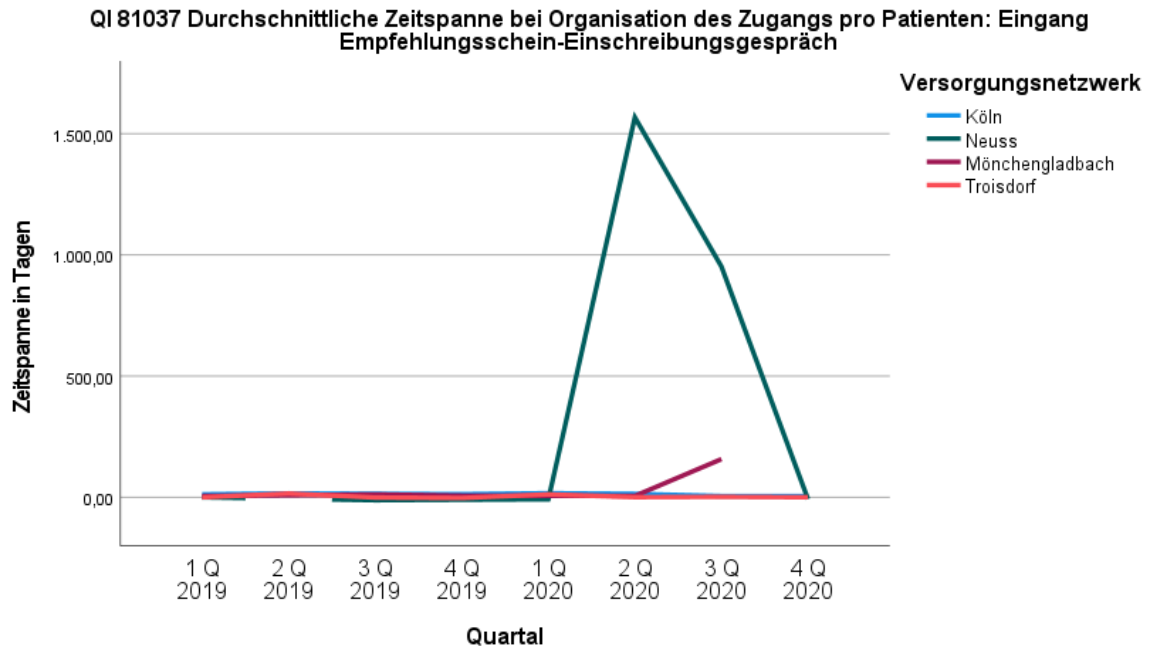


Abbildung 27: QI 81037

3.5.5.2 Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten (QI 81053)

QI 81053 Durchschnittliche Zeitspannen zu Erhalt der Leistungen pro Patienten: Patienteneinwilligung-PSF-T3-Abschlussgespräch (Stufe 2)

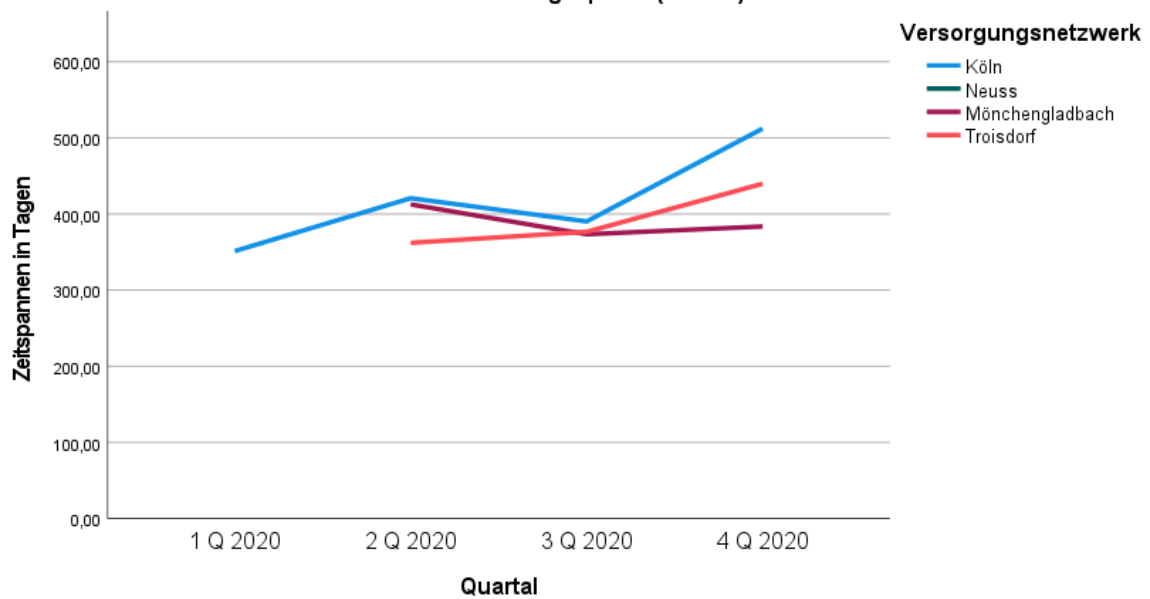


Abbildung 28: QI 81053

3.5.5.3 Zeitspanne zwischen PSF-Erstgespräch und erstes Folgegespräch (QI 81057)

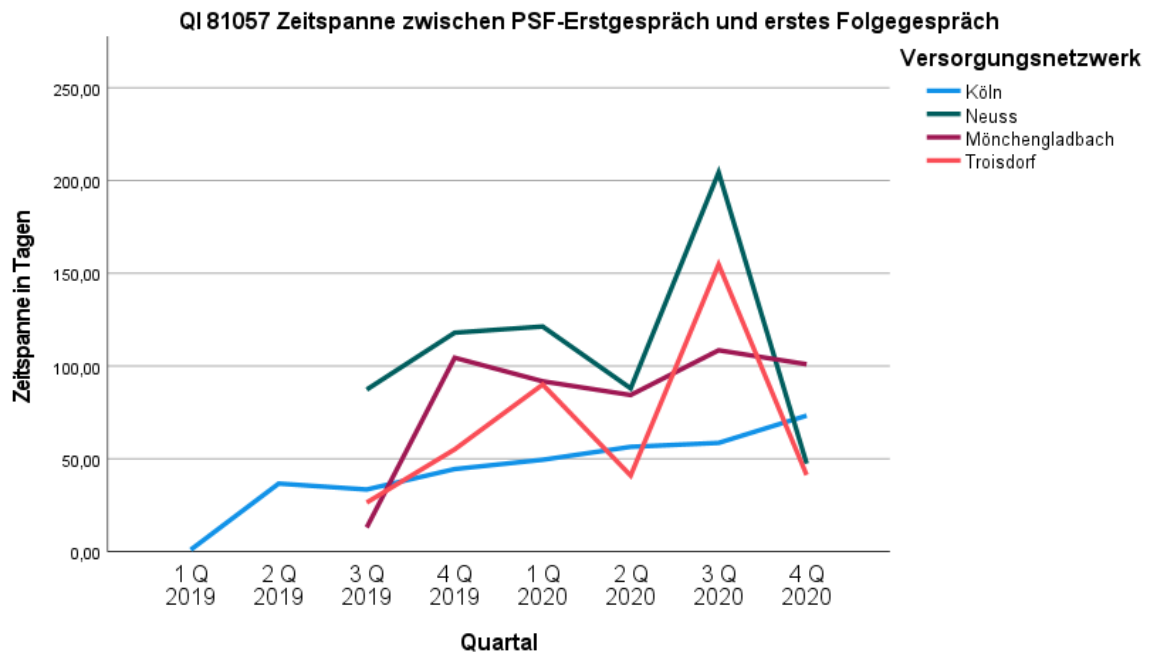


Abbildung 29: QI 81057

3.5.5.4 Zeitspanne bei Organisation der Assessments (QI 81067-81072)

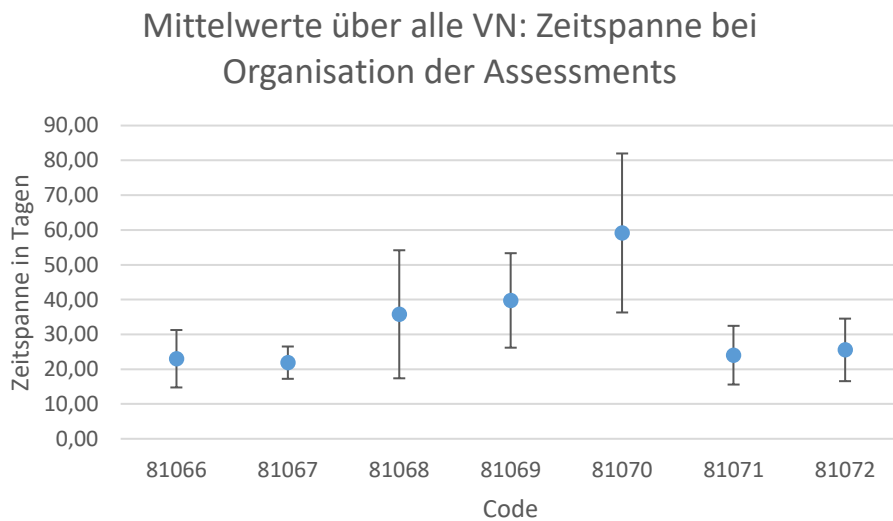


Abbildung 30: Mittelwerte der Zeitspannen bei Organisation der Assessments

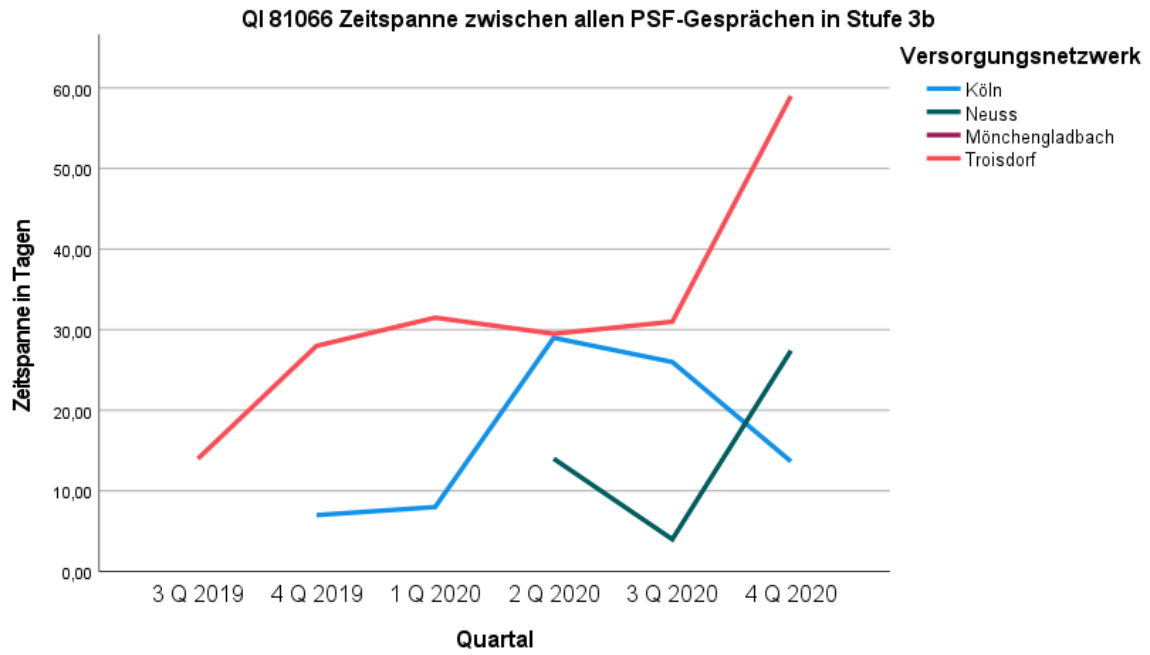


Abbildung 31: QI 81066

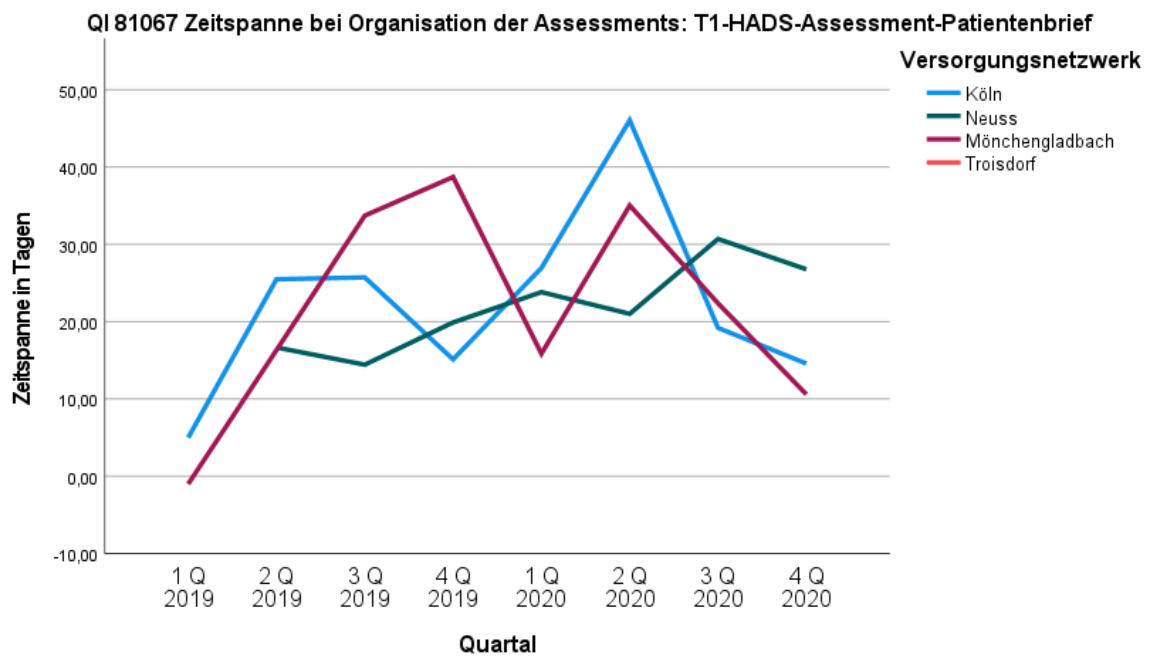


Abbildung 32: QI 81067

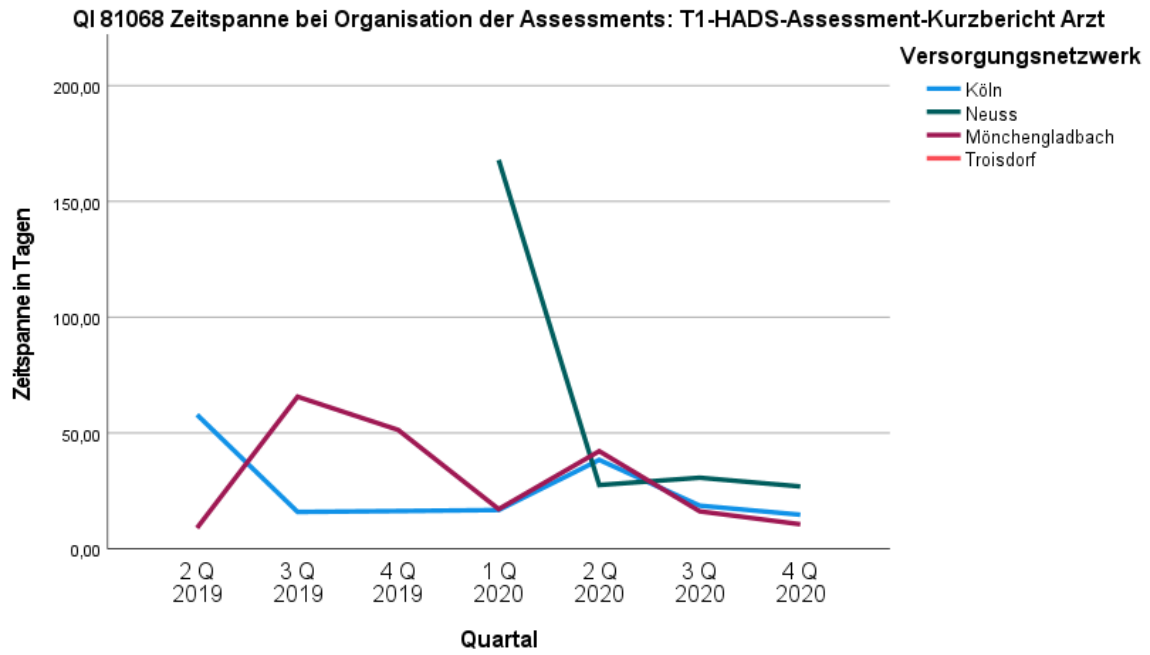


Abbildung 33: QI 81068

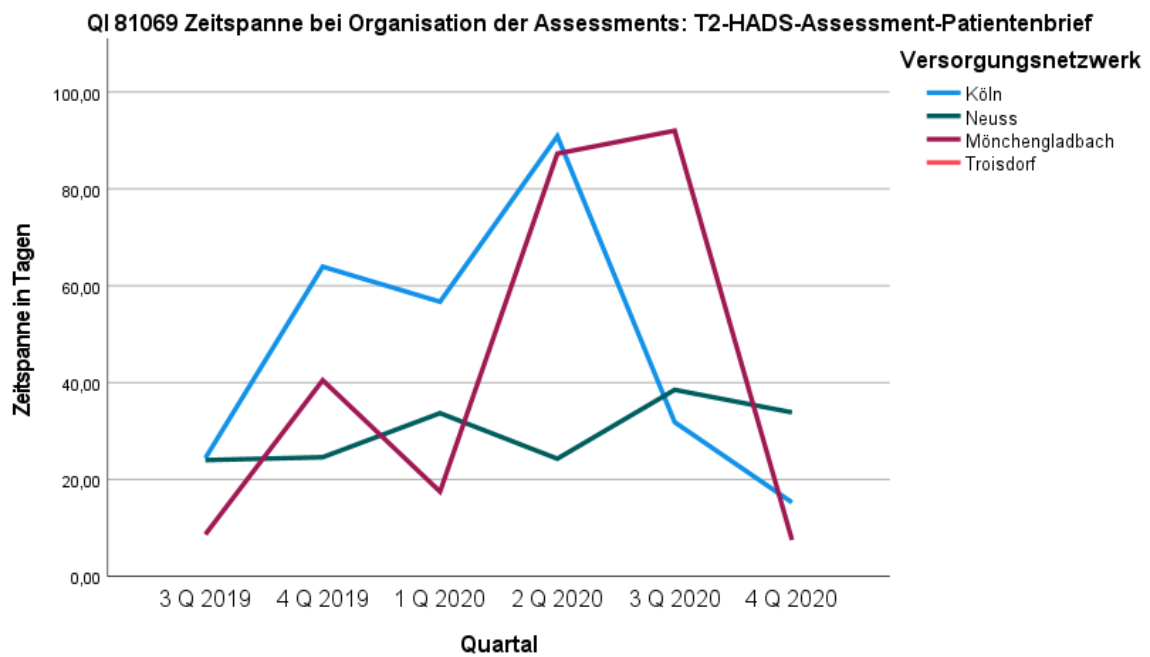


Abbildung 34: QI 81069

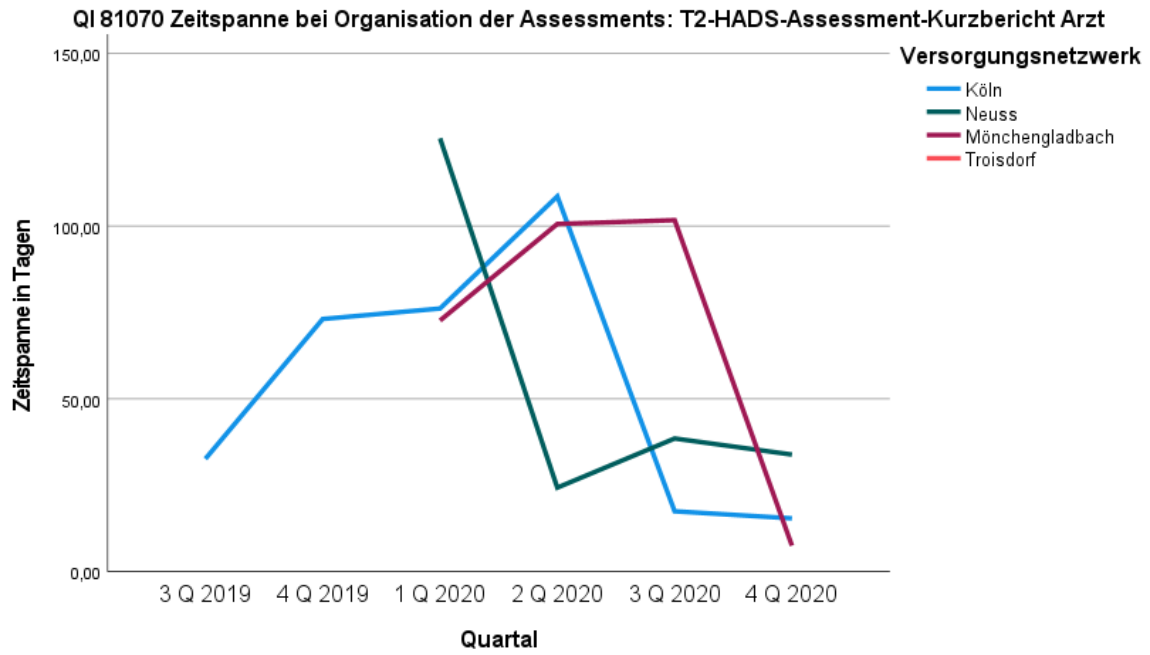


Abbildung 35: QI 81070

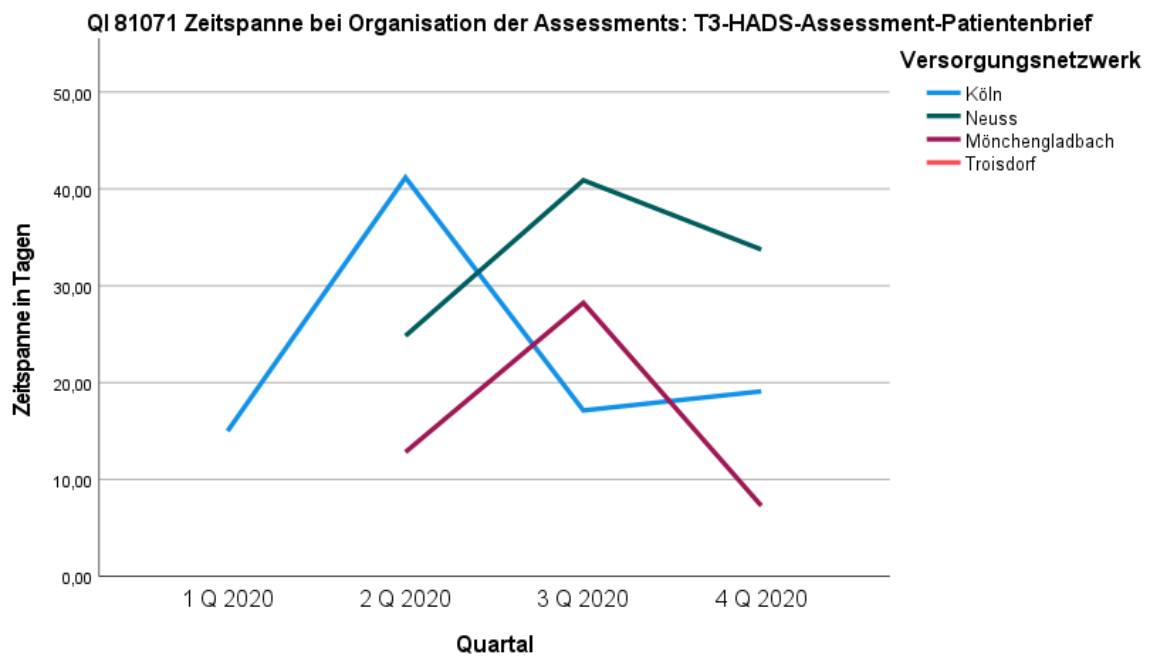


Abbildung 36: QI 81071

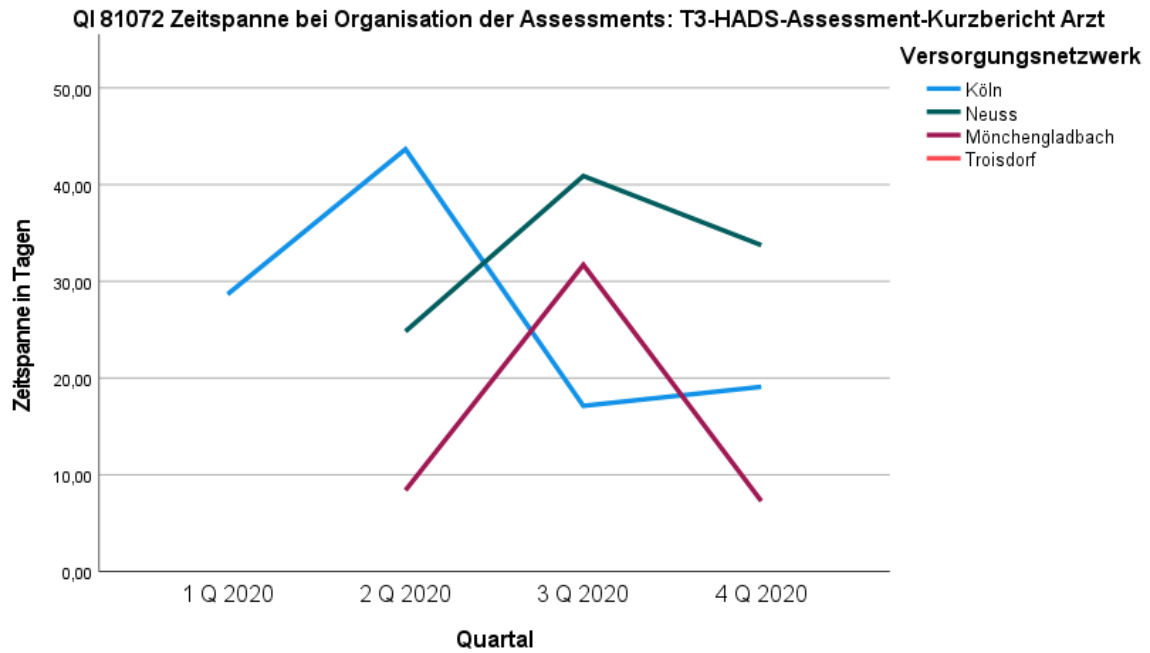


Abbildung 37: QI 81072

3.5.5.5 Zeitspanne zwischen Durchführung und Dokumentation (QI 81080-81084)

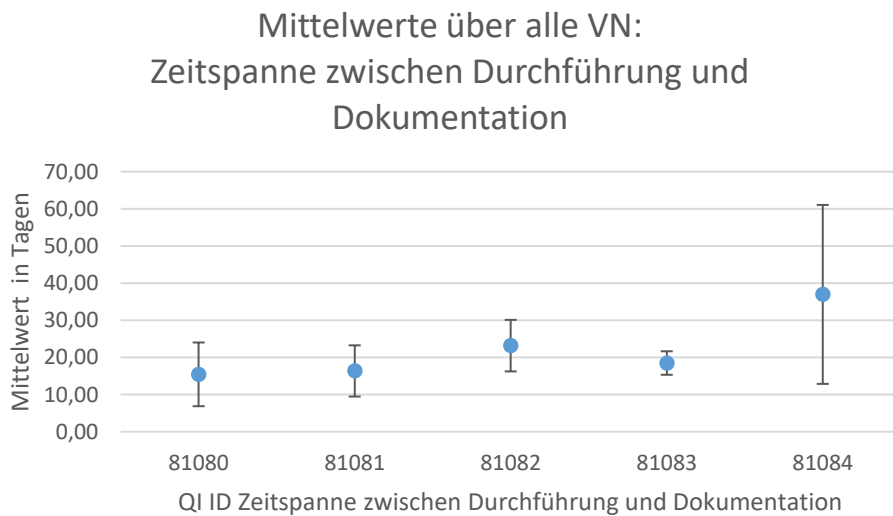


Abbildung 38: Mittelwerte der Zeitspannen zwischen Durchführung und Dokumentation

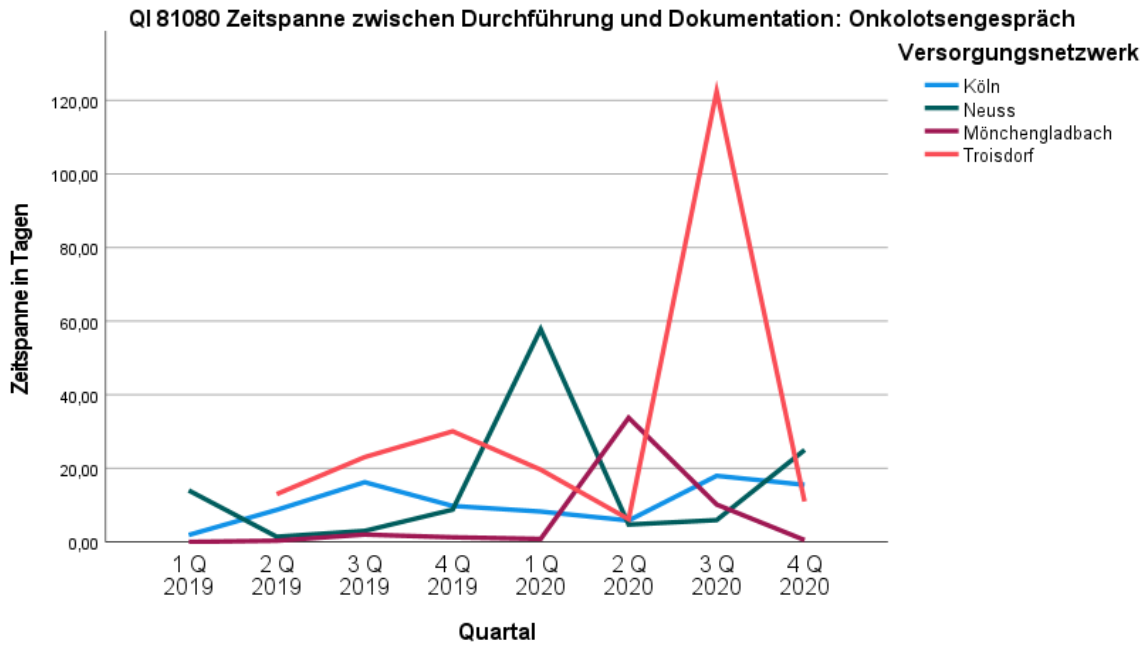


Abbildung 39: QI 81080

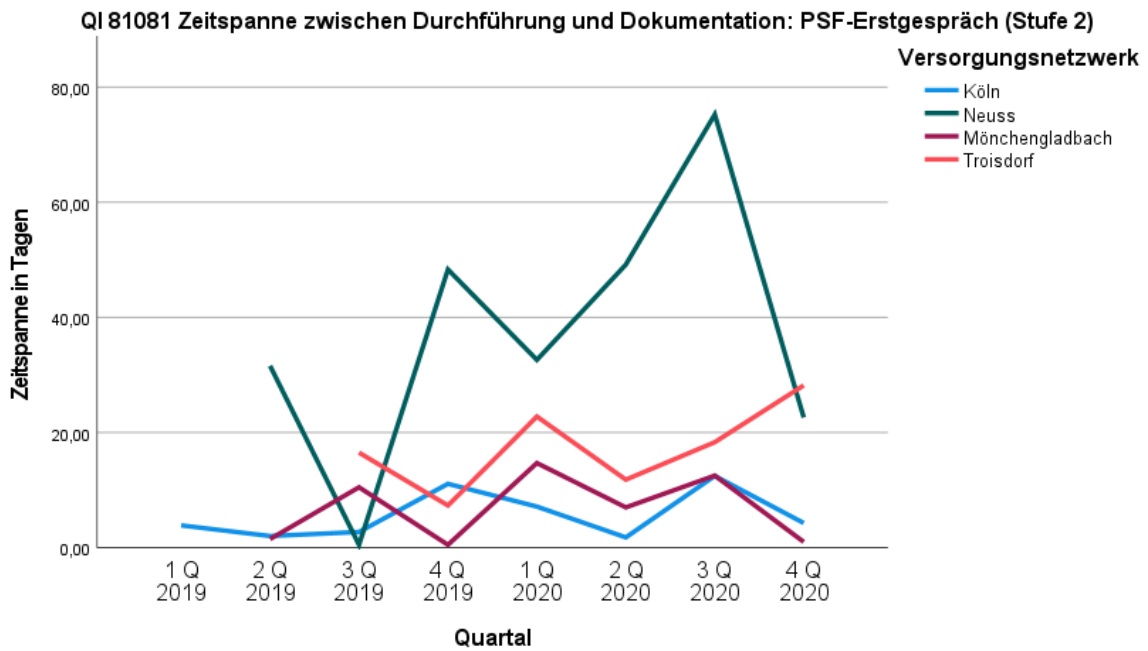


Abbildung 40: QI 81081

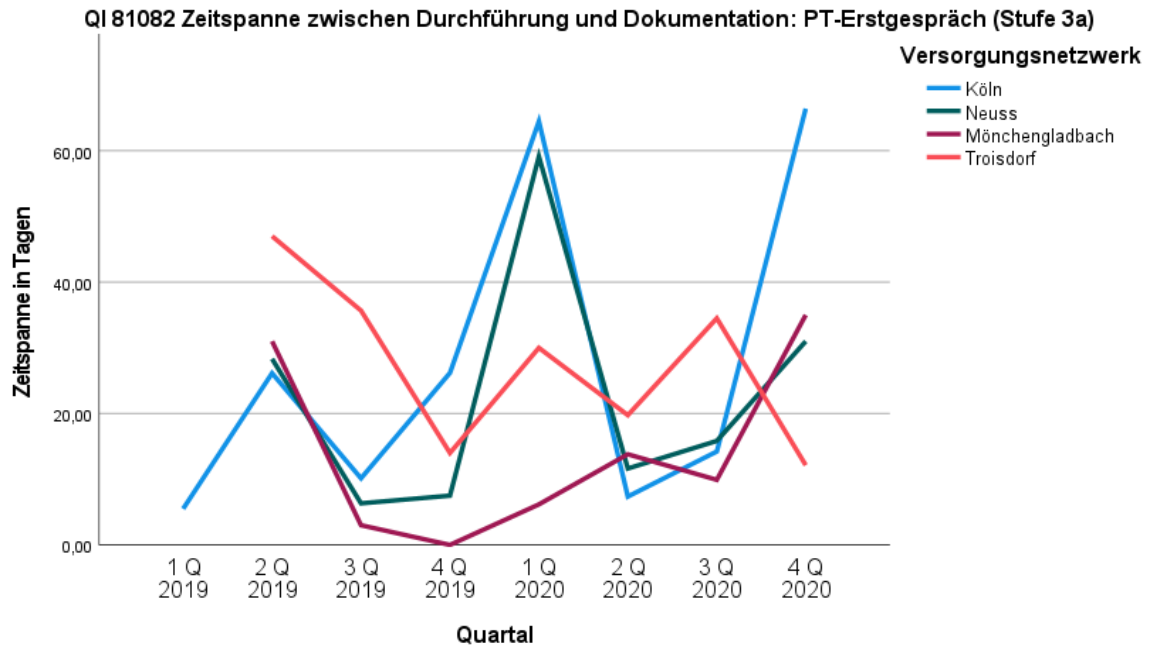


Abbildung 41: QI 81082

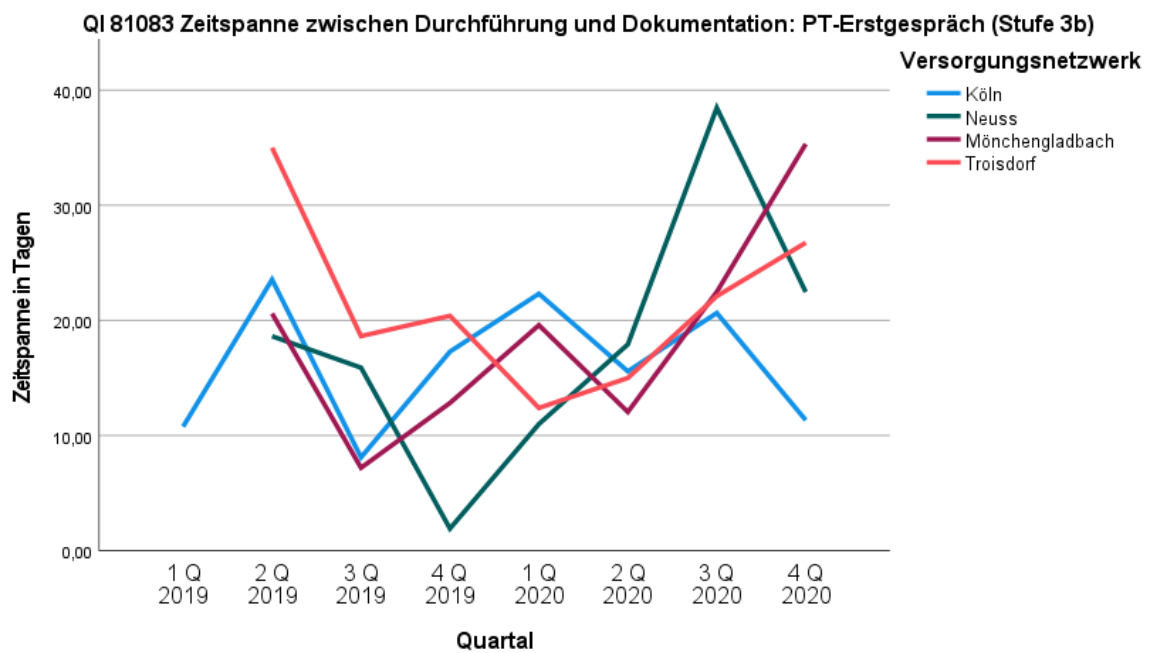


Abbildung 42: QI 81083

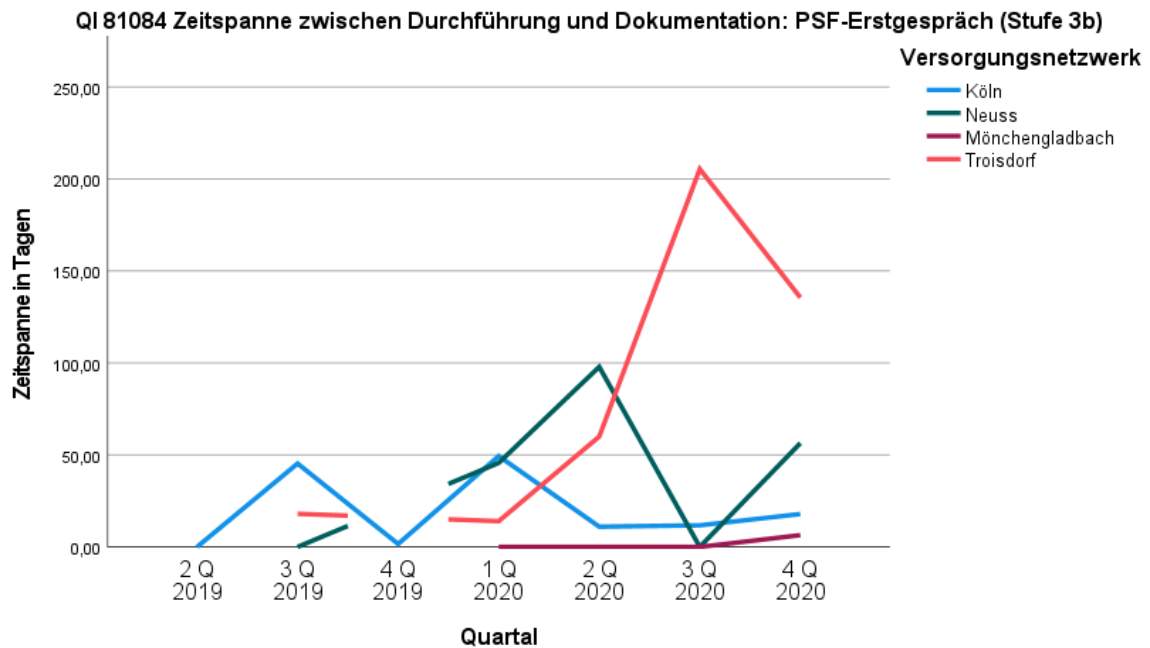


Abbildung 43: QI 81084

3.6 Einfluss der Covid-19 Pandemie

Bei 8 % (n = 333) der Auswertungsfällen wird im zeitlichen Verlauf ein möglicher Einfluss der Covid-19 Pandemie eingeschätzt (s.

Abbildung 44). Ein Hinweis hierfür sind Werte, die vor allem im zweiten Quartal 2020 (01.04.2020 – 30.06.2020, erster Lockdown in Deutschland ab März 2020) große Schwankungen aufweisen. Sie sind als mögliche Covid-19-Ausreißer markiert. Abbildung 45 zeigt einen möglichen Einfluss der Covid-19 Pandemie nach Versorgungsnetzwerken.

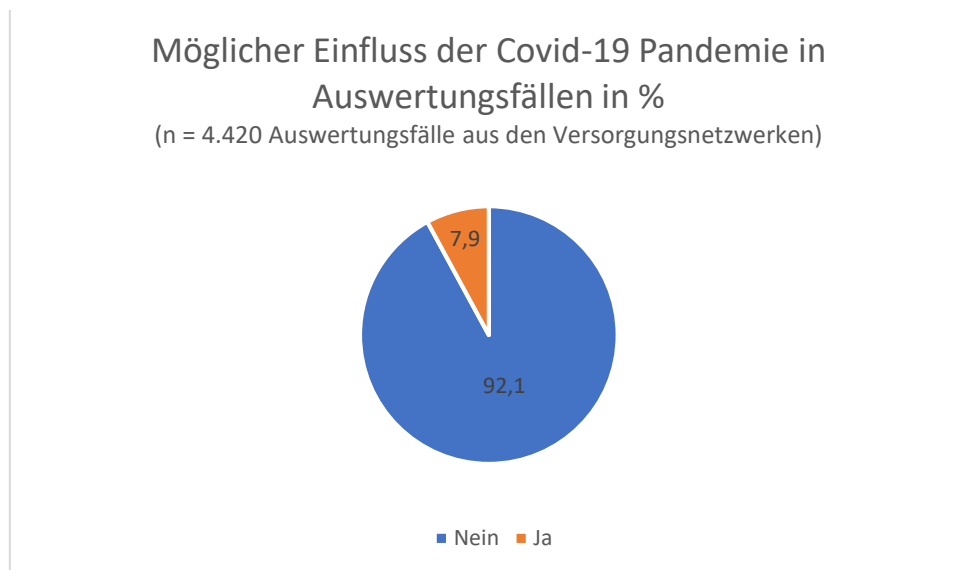


Abbildung 44: Möglicher Einfluss von Covid-19

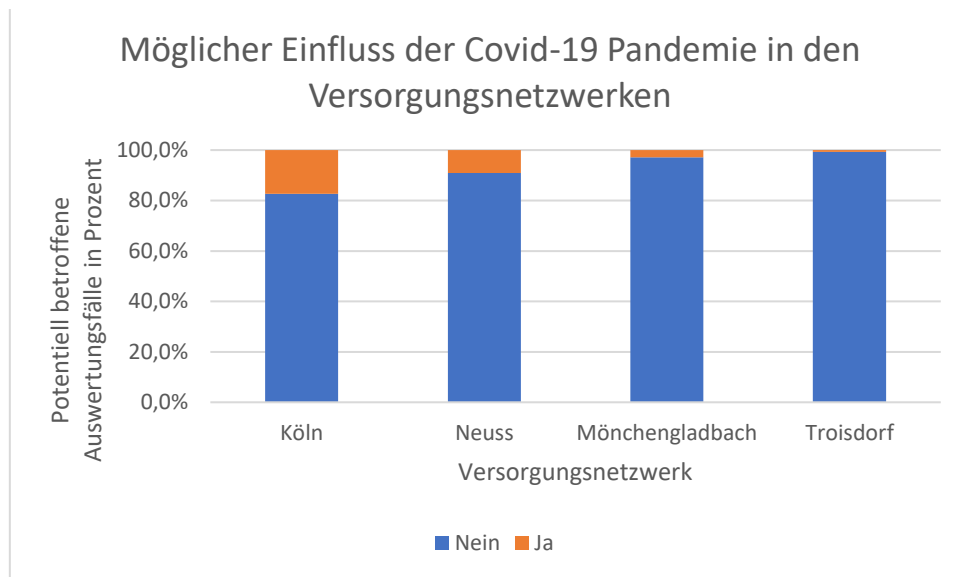


Abbildung 45: Möglicher Einfluss von Covid-19 in den Versorgungszentralen

3.7 Fazit

Ziel der Untersuchung war es die interne Programmadhärenz der Versorgungsform isPO zu beurteilen.

Die Versorgungsform „integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie“ isPO weist insgesamt einen hohen Grad der Umsetzung des Versorgungskonzeptes in der Versorgungspraxis auf (4,14 von 5 Punktwerten). Beide Teilbewertungen (Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren) erfüllen die Ziele und Anforderungen der isPO-Versorgungsform zu insgesamt 82,8 %.

Vor allem strukturelle Qualitätsmerkmale sind größtenteils in der Versorgungspraxis implementiert mit 4,52 von 5 Punktwerten (90,4 %). Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit 3,75 von 5 Punktwerten (75 %) sind stabil. Jedoch unterliegen administrative und organisatorische Prozesse teilweise große Schwankungen. Mögliche Ursachen für die auffällige Leistungsmessung sind z. B. der Entwicklungsprozess des Versorgungsprogramms, die Covid-19 Pandemie, hausinterne Strukturen und eine hohe Auslastung der Versorgungsnetzwerke. Eingabe- bzw. Datierungsfehler im Umgang mit dem computerbasierten Assistenzprogramm CAPSYS sind nicht ausgeschlossen.

Weitere einzelne Aspekte des Qualitätsmanagements, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung wie Präsenzveranstaltungen konnten und können bisher nicht stattfinden. Dennoch stellen die digitalen Interimslösungen die Zielerreichung der Aspekte sicher.

Die interne Evaluation der Programmadhärenz bietet einen umfangreichen und ganzheitlichen Überblick über die Umsetzung verschiedener struktureller, prozessualer und ergebnisorientierter Aspekte und Qualitätsmerkmale, die für die Umsetzung der isPO-Versorgungsform in die Versorgungspraxis relevant sind. Für weitere Optimierungspotenziale sind weitere Analysen und Maßnahmen notwendig.

4. Bericht zur Versorgungsintegrität von isPO

4.1 Einleitung

Bei der Durchführung von klinischen Studien sowie Studien im Kontext der Versorgungs-/Gesundheitsforschung gilt es neben der primären Wirksamkeit einer Therapie auch diverse andere Aspekte wie z. B. die Qualität der Versorgung oder Qualität der praktischen Umsetzung sowie die adäquate Verwendung einer Maßnahme zu untersuchen und zu evaluieren. Der vorliegende Bericht dient zur Darstellung der Ergebnisse bzgl. der internen Validität (Versorgungs- bzw. Behandlungsintegrität) innerhalb der neuen Versorgungsform nVf-isPO („integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie“), bei der ein gestuftes, strukturiertes psychoonkologisches Programm entwickelt, implementiert und evaluiert wird (Jenniches et al. 2020). Die Ergebnisse der internen Validität sollen dabei die Ergebnisse der evaluierten Wirksamkeit einer Intervention - im isPO-Projekt durch das Regressions-Diskontinuitäts-Design (RDD) (Hagemeyer et al. 2022) überprüft - unterstützen und besser interpretierbar machen (Perepletchikova 2011). Für die bedarfsorientierte Zuteilung der Versorgungsstufen wurde die „Hospitale Angst und Depressionsskala“ (HADS) und der „Psychosozialer Risikofragebogen“ (PSR) verwendet. Diese psychosozialen Tools bilden eine wichtige Grundlage zur Bewertung und Beurteilung der Behandlungsintegrität.

Anschließend an die Definition der Versorgungsintegrität (Abschnitt 1.1) gliedert sich der Bericht in die Beschreibung der Methoden (Kapitel 4.2), die Darstellung der deskriptiven Ergebnisse (Kapitel 4.3) sowie der Analyseergebnisse zur Versorgungsintegrität (Kapitel 4.4) und eine abschließende Zusammenfassung mit Diskussion (Kapitel 4.5).

4.1.1 Definition Versorgungsintegrität

Die Untersuchung der Versorgungsintegrität bzw. Behandlungsintegrität in der Psychotherapieforschung dient als Methode, um die interne Validität (Vermeidung von systematischen Fehlern) einer Studie, welche verschiedene Behandlungsprotokolle vergleicht, zu garantieren (Boyle and Lutz 2019).

Die Versorgungsintegrität beschreibt das Ausmaß, in welchem Interventionen so durchgeführt wurden wie es ursprünglich geplant war (Perepletchikova 2011; Yeaton and Sechrest 1981). Die Effektivität bzw. Ineffektivität der Interventionen kann nur dann auf die Behandlung zurückgeführt werden, wenn die Behandlungsintegrität erhoben wurde und auch als hoch angesehen wird. Wird die Behandlungsintegrität entweder nicht erfasst oder aber als niedrig angesehen, so bleibt unklar, ob in Wirklichkeit die Intervention oder aber die Durchführung für die Ergebnisse verantwortlich ist (Weck et al. 2011).

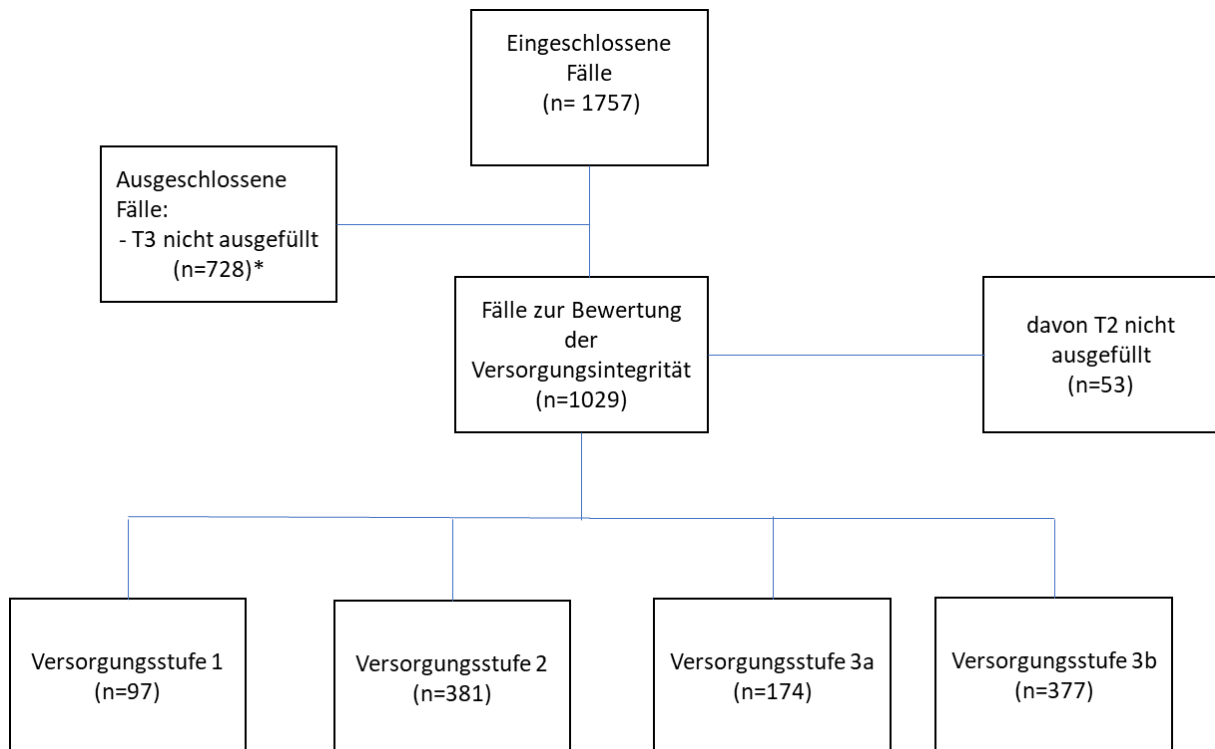
4.2 Methoden

Im folgenden Abschnitt werden die Analysemethoden und die Datengrundlage dargelegt sowie die Ziele und Fragestellungen für den Bericht ausgeführt.

4.2.1 Datenbasis

Die Datengrundlage für die Auswertungen zur Versorgungsintegrität im isPO-Projekt bilden die von 01/2019-03/2021 N= 1.757 rekrutierten Patient*innen. Die Daten wurden an vier Versorgungsstandorten in Nordrhein-Westfalen (NRW) erhoben und in einem für das isPO-Projekt entwickelten computerbasierten Assistenzsystem (CAPSYS) erfasst. Die Datenexporte aus den vier Versorgungsnetzwerken für diesen Bericht wurden alle im Januar 2022 (Köln: 26.01.2022, Mönchengladbach: 20.01.2022, Troisdorf: 21.01.2022, Neuss: 17.01.2022) von den Netzwerkverantwortlichen durchgeführt und durch ein Datenschutzkonzept genehmigte Übertragungswege an das projektbezogene Data Warehouse im Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB) übermittelt. Die vier Rohdatensätze wurden anschließend verknüpft und entsprechend für die Auswertung aufbereitet.

Um die interne Validität adäquat beurteilen zu können wurden in die Analysen nur Fälle mit einbezogen, die über 12 Monate versorgt worden sind, also eine vollständige Versorgung nach Projektantrag erhalten haben (siehe Abbildung 46). Dieses Kriterium traf auf N=1.029 (58,6%) aller eingeschlossenen Fälle zu. Von diesen N=1.029 Patient*innen wurden 97 (9,4%) auf Stufe 1, 381 (37,0%) auf Stufe 2, 174 (16,9%) auf Stufe 3a und 377 (36,6%) auf Stufe 3b versorgt.



*noch keine vollständige Versorgung erhalten (12 Monate)

Abbildung 46: Flussdiagramm

4.2.2 Ziele und Fragestellungen des Berichts

Auf Basis der oben beschriebenen Daten mit psychoonkologischen Messgrößen und der Eingrenzung auf ein Subkollektiv - Einbeziehung von Patient*innen die eine vollständige Versorgung (12 Monate) im isPO Programm erhalten haben -, erfolgt eine Beurteilung der Versorgungsintegrität mit folgenden zugrundeliegenden Fragestellungen:

- War die Stufenzuordnung innerhalb von isPO adäquat an die individuelle Belastung der Patient*innen angepasst?
- Wurden die Zeiträume zur Beantwortung der HADS-Fragebögen eingehalten?
- Wurden die im Versorgungsprogramm geplanten Interventionen durch die Anwender*innen in der Versorgung angemessen genutzt und scheinen eine hohe Passfähigkeit zu besitzen?
- Gab es durch die Behandlungsmodule sowie Maßnahmen und Ziele Einflüsse auf die HADS-Werte (Gesamt, Subskala Angst, Subskala Depression) zu T2 und T3?
- Gab es ab einer bestimmten Anzahl von Gesprächen Einflüsse auf die HADS-Werte (Gesamt, Subskala Angst, Subskala Depression) zu T2 und T3?
 - Gab es diesbezüglich Einflüsse durch die Netzwerke?
 - Gab es weitere Einflussfaktoren (Soziodemografisch)?

- Zeigt sich eine klinische und statistische Veränderung der psychischen Belastung nach dem RCI (Reliable Change Index)?
- Wurde der Schwellenwert zur Einteilung der Versorgungsstufen angemessen gewählt?

4.2.3 Statistische Auswertungsverfahren

Die zuvor beschriebenen Fragestellungen wurden mittels gängiger deskriptiver Auswertungsmethoden (Kreuztabellen, Angabe von absoluten und relativen Häufigkeiten in Prozent, Mittelwerten (MW) \pm Standardabweichung (SD), Median [Interquartilsabstand (IQR)], Spannweiten [Minimum, Maximum]) und geeigneten explorativen Testverfahren sowie univariaten und multivariablen linearen Regressionsanalysen und Korrelationen untersucht. Verwendet wurden zur Exploration der Chi²-Test und der Kruskal-Wallis-Test. Ein p-Wert $\leq 0,05$ (Signifikanzniveau) wurde als statistisch signifikant angenommen.

Zur Operationalisierung der Belastungsreduktion wurden die Differenzen der HADS-Werte zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 berechnet. Ein negativer Wert dieser Differenz bezeichnet dabei eine Symptomreduktion und ein positiver Wert einen Symptomanstieg. Zur Bewertung der klinischen Veränderung der psychischen Belastung wurde der Reliable Change Index für den HADS-Score verwendet. Nimmt der HADS-Wert zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 um ≥ 5 Punkte ab, so spricht man von einer signifikanten Verbesserung, nimmt der HADS jedoch um ≥ 5 Punkte zu, spricht man von einer signifikanten Verschlechterung. Liegt die Differenz zwischen -4 und 4, so wird dies als keine signifikante Veränderung angesehen (Vaganian et al. 2020).

Die gesamten Analysen der Daten wurden mit der Statistiksoftware SPSS von IBM in der Version 28 durchgeführt (IBM Corp. 2019).

4.3 Ergebnisse der deskriptiven Analysen

Die Ergebnisse werden im folgenden Abschnitt kurz beschrieben und für den Überblick tabellarisch dargestellt. Abkürzungen oder Hinweise sind dabei unterhalb der jeweiligen Tabelle als Fußnoten hinterlegt. Für die Ergebnisse der Versorgungsintegrität besteht ein Fokus auf die korrekte Versorgungsstufenzuteilung (basierend auf HADS und PSR) sowie die adäquate Anwendung von Maßnahmen entlang der individuellen Belastung der Patient*innen. Um einen besseren Eindruck der isPO-Daten zu erhalten sind im Folgenden deskriptive Ergebnisse für die gesamte Studienpopulation und anschließend für die zur Bewertung der Versorgungsintegrität interessierende Population mit verschiedenen Gruppeneinteilungen dargestellt.

4.3.1 Demographische Daten nach Interventions- und Kontrollgruppe

Tabelle 26 gibt einen ersten Überblick über die Studiendaten mit N=1.752 Fällen und die für den Bericht wesentlichen Charakteristika aufgeteilt in die Gruppierung nach HADS-Schwelle (Kontrollgruppe (N=776): HADS ≤ 14 vs. Interventionsgruppe (N=976): HADS ≥ 15). Insgesamt zeigt sich, dass zwei Drittel (61,8%) der Studienpopulation weiblich und die Patient*innen im Durchschnitt 57 Jahre [MW=57,3, SD=13,4] alt sind. Bei dem Vergleich der Gruppen über die HADS-Aufteilungsschwelle gibt es bzgl. des Alters zu Studienbeginn und der Nationalität keine auffälligen Unterschiede. Es fällt lediglich auf, dass die Verteilung der Fälle mit ca. 44,3% in der Kontrollgruppe unter der Anzahl der Fälle in der Interventionsgruppe (55,7%) liegt und der Anteil der Frauen in der Kontrollgruppe etwas niedriger (57,3%) als in der Interventionsgruppe (65,4%) ist. Wie zu erwarten unterscheiden sich zudem sowohl die mittleren Anzahlen an PT- und PSF-Gesprächen sowie die HADS-Werte zu den einzelnen Zeitpunkten.

Tabelle 26: Baselinecharakteristika nach Schwellenwert

	Gesamt (N=1.752)	Kontrollgruppe: HADS ≤ 14	Interventionsgruppe: HADS ≥ 15

		(N=776)	(N=976)
Alter bei Studienbeginn	57,3 ±13,4	57,9 ± 14,1	56,9±12,7
	59 [50; 67]	60 [50; 68]	57 [50; 65,5]
Geschlecht	1.083 (61,8%)	445 (57,3%)	638 (65,4%)
	669 (38,2%)	331 (42,7%)	338 (34,6%)
Nationalität	1.467 (93,6%)	662 (95,3%)	805 (92,3%)
	91 (5,8%)	30 (4,3%)	61 (7,0%)
	9 (0,6%)	3 (0,4%)	6 (0,7%)
Versorgungsstufe	146 (8,3%)	146 (18,8%)	0 (0,0%)
	630 (36,0%)	629 (81,2%)	1 (0,1%)
	272 (15,6%)	0 [0; 0]	272 (27,9%)
	701 (40,1%)	0 [0; 0]	701 (72,0%)
Mittlere Gesprächsdauer [Min.] PT-	23,4 ± 24,1	2,0 ± 9,8	40,4 ± 17,7
	22,1 [0; 47,2]	0 [0; 0]	45 [32,5; 51]
Mittlere Gesprächsdauer [Min.] PSF-	16,4 ± 21,6	28,8 ± 22,0	6,5 ± 15,2
	0 [0; 35,8]	32,5 [0; 45,8]	0 [0; 0]
Anzahl an Gesprächen PT-	3,4 ± 5,2	0,3 ± 1,6	5,8 ± 5,7
	1 [0;5]	0 [0; 0]	4 [2; 8]
Anzahl an Gesprächen PSF-	1,3 ± 2,3	2,5 ± 2,8	0,4 ± 1,2
	0 [0;2]	2 [0;3]	0 [0; 0]
HADS Subskala Angst - T1	9,0 ± 4,6	5,1 ± 2,6	12,1 ± 3,2
	9[6; 12]	5 [3; 7]	12 [10; 14]
HADS Subskala Angst - T2	7,6 ± 4,3	5,2 ± 3,3	9,6 ± 3,9
	7 [4; 10]	5 [3; 7]	9 [7; 12]
HADS Subskala Angst - T3	7,3 ± 4,3	5,1 ± 3,3	9,2 ± 4,2
	7 [4; 10]	5 [3; 7]	9 [6; 12]

HADS Subskala Depression - T1	7,3 ± 4,8 7 [3; 10]	3,3 ± 2,3 3 [1; 5]	10,5 ± 3,7 10 [8; 13]
HADS Subskala Depression - T2	6,5 ± 4,5 6 [3; 9]	4,1 ± 3,5 3 [1; 6]	8,5 ± 4,4 8 [5; 12]
HADS Subskala Depression - T3	5,8 ± 4,6 5 [2; 9]	3,6 ± 3,3 3 [1; 5]	7,7 ± 4,7 7 [4; 11]
Gesamt-HADS - T1	16,3 ± 8,7 16 [10; 22]	8,4 ± 3,8 9 [6; 12]	22,6 ± 5,9 21 [18; 26]
Gesamt-HADS - T2	14,1 ± 8,2 14 [8; 20]	9,4 ± 6,2 8 [5; 13]	18,2 ± 7,6 18 [13; 24]
Gesamt-HADS - T3	13,1 ± 8,4 12 [6; 19]	8,7 ± 6,1 8 [4; 13]	17,0 ± 8,2 16 [11; 23]

*MW±SD; Median [IQR]; N(%)

4.3.2 Demographische Daten nach Stufe

Tabelle 27 zeigt die Ergebnisse der deskriptiven Auswertungen über das Berichtskollektiv mit N=1.029 Fällen. Dargestellt sind die für den Bericht wesentlichen Charakteristika aufgeteilt nach den vier Versorgungsstufen. Es zeigt sich, dass in Stufe 1 im Mittel ältere Patient*innen behandelt wurden (MW:60,0 ± SD:3,1) als in den drei anderen Stufen (2: 56,7 ± 4,1; 3a: 56,0 ± 2,7; 3b: 56,1 ±12,4) und sich die Gruppen bzgl. des Alters auch signifikant voneinander unterscheiden (p=0,014). Der Anteil der Frauen ist in Stufe 2 mit 59,1% am geringsten. Bzgl. der Nationalität zeigen sich über die 4 Stufen hinweg nur kleinere Unterschiede. Für die Gesprächsdauer sowie die mittlere Anzahl der Gespräche sind signifikante Unterschiede zwischen den Stufen, sowohl für PT- als auch PSF-Gespräche zu sehen (p<0,001). Ein gleiches Bild zeigt sich für die HADS-Werte zu den verschiedenen Zeitpunkten. Die durchschnittliche mittlere Anzahl an Gesprächen spiegelt zudem die (nahezu) korrekte Umsetzung der Versorgung wider.

Tabelle 27: Deskription nach Stufe für Berichtskollektiv

	Gesamt (N=1.029)	Stufe 1 (N=97)	Stufe 2 (N=381)	Stufe 3a (N=174)	Stufe 3b (N=377)	p-Wert
Alter bei Studienbeginn	56,7 ± 3,2 58 [50; 66]	60,0 ± 3,1 62 [53; 68]	56,7 ± 4,1 59 [50; 66]	56,0 ± 2,7 57 [49; 65]	56,1 ±12,4 57 [49; 64]	0,014 ^a
Geschlecht weiblich	664 (64,5%)	62 (63,9%)	225 (59,1%)	118 (67,8%)	259 (68,7%)	0,034 ^b

männlich	365 (35,5%)	35 (36,1%)	156 (40,9%)	56 (32,2%)	118 (31,3)	.
Nationalität						0,169 ^b
Deutschland	858 (94,3%)	82 (94,3%)	325 (97,0%)	134 (91,8%)	317 (92,7%)	.
Europa (ohne Deutschland)	49 (5,4%)	5 (5,7%)	10 (3,0%)	11 (7,5%)	23 (6,7%)	.
Andere Länder	3 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (0,6%)	.
Mittlere PT- Gesprächsdauer [Min.]	24,7 ± 24,5 26,7 [0; 8,3]	2,0 ± 9,1 0 [0;0]	2,2 ± 10,5 0 [0;0]	41,5 ± 16,0 44,7 [33,8;50]	45,5 ± 13,5 47,8 [39,3; 52,9]	<0,001 ^a
Mittlere PSF- Gesprächsdauer [Min.]	18,6 ± 22,0 0 [0; 38,8]	1,0 ± 6,8 0 [0;0]	37,5 ± 16,9 40 [27,8; 50]	0,1 ± 0,8 0 [0;0]	12,6 ± 19,5 0 [0; 30]	<0,001 ^a
Anzahl an PT- Gesprächen	4,1 ± 6,0 2 [0; 6]	0,4 ± 1,9 0 [0;0]	0,3 ± 1,8 0 [0;0]	5,9 ± 4,2 5 [3; 8]	8,2 ± 7,1 6 [3; 11]	<0,001 ^a
Anzahl an PSF- Gesprächen	1,6 ± 2,5 0 [0; 3]	0,1 ± 0,4 0 [0;0]	3,5 ± 2,8 3 [2; 4]	0,0 ± 0,1 0 [0;0]	0,8 ± 1,6 0 [0; 1]	<0,001 ^a
HADS Subskala Angst - T1	8,9 ± 4,5 9 [6; 12]	3,6 ± 2,5 4 [2; 6]	5,5 ± 2,6 6 [4; 7]	11,1 ± 2,4 11 [9; 12]	12,6 ± 3,2 12 [10; 15]	<0,001 ^a
HADS Subskala Angst - T2	7,5 ± 4,2 7 [4; 10]	4,1 ± 3,4 3 [2; 6]	5,3 ± 3,2 5 [3; 7]	8,6 ± 3,5 9 [6,5; 11]	10,0 ± 3,9 10 [8; 13]	<0,001 ^a
HADS Subskala Angst - T3						<0,001 ^a

	7,3 ± 4,3 7 [4; 10]	4,2 ± 3,2 4 [2; 6]	5,4 ± 3,3 5 [3; 7]	8,1 ± 3,7 8 [5; 11]	9,8 ± 4,3 10 [7; 13]	.
HADS Subskala Depression - T1	6,7 ± 4,6 6 [3; 10]	2,0 ± 2,1 1 [0; 3]	3,4 ± 2,2 3 [2; 5]	8,6 ± 3,1 8 [6; 10]	10,5 ± 3,7 10 [7; 13]	<0,001 ^a
HADS Subskala Depression - T2	6,2 ± 4,4 6 [3; 9]	2,9 ± 3,2 2 [0,5; 5]	4,1 ± 3,2 3 [2; 6]	7,1 ± 3,7 7 [4; 10]	8,8 ± 4,3 8 [6; 12]	<0,001 ^a
HADS Subskala Depression - T3	5,8 ± 4,6 5 [2; 9]	2,5 ± 3,1 1 [0; 4]	3,8 ± 3,3 3 [1; 6]	6,4 ± 4,3 6 [3; 9]	8,3 ± 4,7 8 [5; 12]	<0,001 ^a
Gesamt-HADS - T1	15,6 ± 8,4 15 [9; 21]	5,6 ± 3,9 6 [2; 9]	8,9 ± 3,6 9 [6; 12]	19,7 ± 4,1 18 [16; 22]	23,1 ± 5,9 22 [19; 27]	<0,001 ^a
Gesamt-HADS - T2	13,7 ± 8,0 13 [7,5; 19]	7,0 ± 6,0 6 [2; 10]	9,4 ± 5,7 9 [5; 13]	15,7 ± 6,4 16 [12; 19]	18,9 ± 7,5 18 [14; 24,5]	<0,001 ^a
Gesamt-HADS - T3	13,1 ± 8,4 12 [6; 19]	6,7 ± 5,9 5 [2; 10]	9,2 ± 6,0 8 [5; 13]	14,4 ± 7,2 13,5 [9; 19]	18,1 ± 8,3 18 [12; 24]	<0,001 ^a

*MW±SD; Median [IQR]; N(%); ^aKruskal-Wallis test; ^bChi-Quadrat Test

4.3.3 Demographische Daten nach HADS-Intervallen

In Tabelle 28 ist erneut das Berichtskollektiv mit N=1.029 Fällen und die für den Bericht wesentlichen Charakteristika, hier aufgeteilt nach HADS-Intervallen, dargestellt. Bei dem Vergleich einzelner HADS-Intervalle zeigt sich, dass die Patient*innen in den HADS-Wertebereichen von 13-16 und 17-23 im Mittel mit etwa 55 Jahren jünger waren als in den anderen HADS-Wertebereichen mit etwa 58 Jahren. Die Geschlechterverteilung ist abgesehen vom kleinsten HADS-Wertebereich immer etwa zwei Drittel Frauen zu einem Drittel Männer. Wie zu erwarten, ist die mittlere Anzahl an geführten PT-Gesprächen in den HADS-Wertebereichen von 0-5 und 6-12 sehr gering, während sie in den höheren HADS-Wertebereichen deutlich größer ist. Die mittlere Anzahl an PSF-Gesprächen ist hingegen in

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

den niedrigeren HADS-Wertebereich etwas größer. Der mittlere HADS zu T2 bzw. T3 verhält sich proportional zu den HADS-Werten zu T1.

Tabelle 28: Deskription nach HADS-Intervall für Berichtskollektiv

	Gesamt (N=1.029)	HADS zu T1						p-Wert
		0-5 (N=127)	6-12 (N=269)	13-16 (N=177)	17-23 (N=261)	24-29 (N=137)	30-42 (N=58)	
Alter bei Studienbeginn	56,7 ± 13,2 58 [50; 66]	58,6 ± 14,1 60 [51; 68]	57,4 ± 13,6 60 [51; 67]	55,5 ± 13,8 57 [48; 66]	55,2 ± 12,5 56 [47; 63]	57,3 ± 12,7 58 [50; 67]	57,8 ± 10,5 59 [53; 64]	0,039 ^a
Geschlecht des Patienten								0,164 ^b
weiblich	664 (64,5%)	72 (56,7%)	164 (61,0%)	118 (66,7%)	175 (67,0%)	95 (69,3%)	40 (69,0%)	
männlich	365 (35,5%)	55 (43,3%)	105 (39,0%)	59 (33,3%)	86 (33,0%)	42 (30,7%)	18 (31,0%)	
Mittlere PT-Gesprächsdauer [Min.]	24,7 ± 24,5 26,7 [0; 48,3]	1,2 ± 7,8 0 [0; 0]	1,8 ± 9,7 0 [0; 0]	25,8 ± 24,2 32,5 [0; 48,6]	44,5 ± 13,4 47,5 [37,5; 2,3]	44,2 ± 15,9 45 [37,9; 52,5]	43,6 ± 16,6 46,8 [39,4; 52,1]	<0,001 ^b
Mittlere PSF-Gesprächsdauer [Min.]	18,6 ± 22,0 0 [0; 38,8]	21,9 ± 22,9 18,3 [0; 41,3]	31,8 ± 20,5 35 [16; 47,5]	22,3 ± 22,9 21 [0; 45]	7,7 ± 16,4 0 [0; 0]	10,7 ± 18,3 0 [0; 25]	6,3 ± 14,0 0 [0; 0]	<0,001 ^a
Anzahl an PT-Gesprächen								<0,001 ^a

	4,1 ± 6,0 2 [0; 6]	0,1 ± 1,0 0 [0; 0]	0,3 ± 2,0 0 [0; 0]	3,8 ± 4,9 2 [0; 6]	7,4 ± 6,4 6 [3; 10]	7,5 ± 7,1 5 [3; 10]	9,0 ± 6,6 7 [4; 13]	.	.
Anzahl an PSF-Gesprächen	1,6 ± 2,5 0 [0; 3]	2,0 ± 2,5 2 [0; 3]	3,0 ± 3,0 3 [1; 4]	1,9 ± 2,6 1 [0; 3]	0,4 ± 1,1 0 [0; 0]	0,8 ± 1,5 0 [0; 1]	0,7 ± 1,9 0 [0; 0]	.	<0,001 ^a
Wert des Scores Angst - T2	7,5 ± 4,2 7 [4; 10]	3,3 ± 3,2 3 [1; 4]	5,3 ± 3,0 5 [3; 7]	7,4 ± 3,2 7 [5; 9]	9,2 ± 3,5 9 [7; 11]	10,6 ± 3,8 11 [8; 13]	12,5 ± 3,8 13 [10; 16]	.	<0,001 ^a
Wert des Scores Angst - T3	7,3 ± 4,3 7 [4; 10]	3,2 ± 3,0 3 [1; 4]	5,5 ± 3,1 5 [3; 7]	7,4 ± 3,5 7 [5; 10]	8,8 ± 3,9 9 [6; 11]	9,8 ± 4,2 10 [7; 13]	12,5 ± 4,3 13 [10; 16]	.	<0,001 ^a
Wert des Scores Depression - T2	6,2 ± 4,4 6 [3; 9]	2,1 ± 2,3 1 [1; 3]	4,1 ± 3,1 3 [2; 6]	5,6 ± 3,2 5 [3; 8]	7,7 ± 3,7 8 [5; 10]	9,9 ± 4,1 10 [7; 13]	11,7 ± 4,3 12 [8; 15]	.	<0,001 ^a
Wert des Scores Depression - T3	5,8 ± 4,6 5 [2; 9]	2,0 ± 2,6 1 [0; 3]	3,9 ± 3,2 3 [1; 6]	5,3 ± 3,8 5 [2; 7]	7,0 ± 4,3 7 [4; 10]	9,3 ± 4,7 9 [6; 13]	10,9 ± 4,8 11 [8; 14]	.	<0,001 ^a
Gesamt-HADS - T2	13,7 ± 8,0 13 [7,5; 19]	5,3 ± 5,1 4 [2; 8]	9,4 ± 5,4 9 [5; 12]	13,0 ± 5,5 13 [9; 16]	16,9 ± 6,5 17 [13; 21]	20,4 ± 7,1 20,5 [17; 25]	24,3 ± 7,1 26 [18; 29]	.	<0,001 ^a

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Gesamt-HADS - T3	13,1 ± 8,4	5,2 ± 5,2	9,4 ± 5,6	12,6 ± 6,7	15,7 ± 7,4	19,2 ± 8,1	23,4 ± 8,4	<0,001 ^a
	12 [6; 19]	4 [2; 7]	9 [5; 13]	12 [8; 16]	16 [10; 21]	20 [13; 25]	25,5 [17; 30]	.

*MW±SD; Median [IQR]; N(%); ^aKruskal-Wallis test; ^bChi-Quadrat Test

4.4 Analyse der Versorgungsintegrität

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse beantworten die in Kapitel 4.2.2 beschriebenen Fragestellungen. Des Weiteren bildet dieses Kapitel die Kernaufgabe – die Evaluation der Versorgungsintegrität – des Berichtes ab.

4.4.1 Einhaltung der Zeiträume nach Studiendesign

4.4.1.1 Differenzen zwischen einzelnen Zeitpunkten

Der HADS-Fragebogen zu T2 sollte planmäßig vier Monate, der Fragebogen zu T3 zwölf Monate nach dem initialen Fragebogen zu T1 ausgefüllt werden. Tabelle 29 zeigt, dass die mittlere Zeit zwischen dem Ausfüllen zu T1 und T2 für alle Stufen zwischen 3,5 und 3,8 Monaten beträgt und damit minimal unter der geplanten Zeit von vier Monaten liegt. Das Minimum der Zeit zwischen T1 und T2 variiert zwischen 1,7 und 2,6 Monaten, das Maximum zwischen 6,9 und 11 Monaten. Der Fragebogen zu T3 wurde in allen Stufen im Mittel zwölf Monate nach T1 ausgefüllt. Die Minima und Maxima variieren hier je Stufe zwischen 4,6 - 9,3 und 15,8 - 21,2 Monaten.

Tabelle 29: Differenzen zwischen Zeitpunkten

	Differenz zwischen HADS zu T1 und T2 [Monate]	Differenz zwischen HADS zu T1 und T3 [Monate]
Stufe 1	3,53 ± 0,67	12,23 ± 1,37
	2,63 - 6,87	4,60 - 21,19
Stufe 2	3,60 ± 0,81	12,19 ± 0,80
	1,71 - 9,36	8,44 - 16,69
Stufe 3a	3,76 ± 1,04	12,21 ± 0,69
	1,68 - 9,03	9,30 - 15,80
Stufe 3b	3,70 ± 1,04	12,28 ± 0,88
	2,27 - 11,01	8,08 - 17,31

1. Zeile: Mittelwert ± Standardabweichung; 2. Zeile: Minimum - Maximum

4.4.1.2 Soll-Ist-Vergleich der Ausfüllzeiträume für die HADS-Fragebögen

Tabelle 30 zeigt, dass die HADS-Fragebögen in allen Versorgungsstufen jeweils zu etwa 60-85% innerhalb des Sollzeitraums ausgefüllt wurden. Der HADS-Fragebogen zu T1 wurde zu 78,5-83,8% innerhalb des geplanten Zeitraums ausgefüllt, während zu T2 lediglich 63,1-73,9% der Fragebögen planmäßig ausgefüllt wurden. Zu T3 liegt der Anteil planmäßig ausgefüllter Fragebögen zwischen 68,2% in Stufe 3b und 75,9% in Stufe 3a.

Tabelle 30: Soll-Ist-Vergleich der HADS-Ausfüllzeiträume

HADS-Fragebogen im Sollzeitraum ausgefüllt?		Versorgungsstufe			
		1 (N=97)	2 (N=381)	3a (N=174)	3b (N=377)
T1	Ja	80 (82,5%)	299 (78,5%)	138 (79,3%)	316 (83,8%)
	Nein	17 (17,5%)	82 (21,5%)	36 (20,7%)	61 (16,2%)

		Versorgungsstufe			
		1 (N=92)	2 (N=364)	3a (N=168)	3b (N=352)
T2	Ja	68 (73,9%)	253 (69,5%)	106 (63,1%)	230 (65,3%)
	Nein	24 (26,1%)	111 (30,5%)	62 (36,9%)	122 (34,7%)
		Versorgungsstufe			
		1 (N=97)	2 (N=381)	3a (N=174)	3b (N=377)
T3	Ja	73 (75,3%)	286 (75,1%)	132 (75,9%)	257 (68,2%)
	Nein	24 (24,7%)	95 (24,9%)	42 (24,1%)	120 (31,8%)

4.4.2 Angemessenheit der Stufenzuordnung

4.4.2.1 Einteilung nach HADS-Intervall

Die Einteilung in die Versorgungsstufen erfolgte über die HADS-Werte zu T1. Patient*innen mit einem HADS ≤ 14 wurden der Stufe 1 oder 2, Patient*innen mit einem HADS > 14 der Stufe 3a oder 3b zugeordnet. Tabelle 31 zeigt, dass die Einteilung in die Stufen 1/2 bzw. 3a/3b anhand des HADS für das Berichtskollektiv mit vollständiger Versorgung korrekt umgesetzt wurde.

Tabelle 31: Stufeneinteilung nach HADS

	HADS zu T1		Gesamt
	≤ 14	> 14	
1	97 (100%)	0 (0,0%)	97
2	381 (100%)	0 (0,0%)	381
3a	0 (0,0%)	174 (100%)	174
3b	0 (0,0%)	377 (100%)	377
Gesamt	478	551	1029

4.4.2.2 Einteilung der höher belasteten Patient*innen in Stufe 2 bzw. 3b

Die Patient*innen mit einem HADS zu T1 ≤ 14 wurden zusätzlich nach dem PSR in die Stufen 1 und 2 eingeteilt. Bei einem PSR > 2 wurden die Patient*innen der Stufe 2, bei einem PSR ≤ 2 der Stufe 1 zugeordnet.

Bei Patient*innen mit einem HADS zu T1 ≥ 15 fand zudem in Stufe 3 eine zusätzliche Einteilung nach dem PSR in die Unterstufen 3a und 3b statt. Bei einem PSR > 5 wurden die Patient*innen der Gruppe 3b zugeordnet. Bei einem PSR ≤ 5 wurden die Patient*innen hingegen der Stufe 3a zugeordnet.

Tabelle 32 zeigt, dass 4 Patient*innen nur auf Stufe 1 behandelt wurden, obwohl aufgrund ihres PSR-Wertes eigentlich Stufe 2 indiziert gewesen wäre. Außerdem wurden drei Patient*innen fälschlicherweise auf Stufe 3a behandelt, obwohl eigentlich Stufe 3b indiziert gewesen wäre.

Tabelle 32: Stufeneinteilung nach HADS und PSR

	Stufe 2 bzw. 3b basierend auf HADS und PSR indiziert		Gesamt
	nein	ja	
1	93 (95,9%)	4 (4,1%)	97
2	0 (0,0%)	381 (100%)	381
3a	171 (98,3%)	3 (1,7%)	174
3b	0 (0,0%)	377 (100%)	377
Gesamt	694	380	1.029

4.4.3 Durchführung der Gespräche gemäß Stufeneinteilung

4.4.3.1 Gespräche mit einem Psychotherapeuten

Tabelle 33 stellt die Anzahl durchgeführter PT-Gespräche pro Versorgungsstufe dar. In den Stufen 1 und 2 haben insgesamt 5 bzw. 17 Patient*innen mindestens ein Gespräch mit einem Psychotherapeuten erhalten, obwohl sie dieses aufgrund ihrer Stufeneinteilung nicht hätten erhalten sollen. Bei 2 bzw. 6 Patient*innen fanden sogar mehr als acht Gespräche statt. Zudem haben 8 bzw. 7 Patient*innen der Stufen 3a und 3b kein Gespräch mit einem Psychotherapeuten erhalten, obwohl dies aufgrund der Stufeneinteilung indiziert gewesen wäre. Bei 42,0% bzw. 36,3% der Patient*innen in Stufe 3a und 3b wurden 1-4 Gespräche geführt und etwa 23,5% bzw. 36,1% der Patient*innen erhielten sogar mehr als acht Gespräche.

Tabelle 33: Anzahl an PT-Gesprächen pro Stufe

	Anzahl der PT-Gespräche						Gesamt
	kein Gespräch	1-4 Gespräche	5-8 Gespräche	9-12 Gespräche	13-16 Gespräche	>16 Gespräche	
1	92 (94,8%)	2 (2,1%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	97
2	364 (95,5%)	8 (2,1%)	3 (0,8%)	4 (1,0%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	381
3a	8 (4,6%)	73 (42,0%)	52 (29,9%)	30 (17,2%)	8 (4,6%)	3 (1,7%)	174
3b	7 (1,9%)	137 (36,3%)	97 (25,7%)	66 (17,5%)	30 (8,0%)	40 (10,6%)	377
Gesamt	471 (45,8%)	220 (21,4%)	153 (14,9%)	101 (9,8%)	40 (3,9%)	44 (4,3%)	1.029

Tabelle 34 zeigt, dass in Stufe 1 und 2 pro Patient*in im Mittel 0,37 bzw. 0,30 Gespräche mit einem Psychotherapeuten stattgefunden haben. Der Median beträgt in beiden Stufen 0. Das Maximum an Gesprächen in den Stufen 1 und 2 beträgt 14 bzw. 22. In den Stufen 3a und 3b wurden im Schnitt 5,89 bzw. 8,15 Gespräche pro Patient*in durchgeführt. Der Median beträgt

5 in Stufe 3a und 6 in Stufe 3b. Das Maximum an Gesprächen in den Stufen 3a und 3b beträgt 23 bzw. 55.

Tabelle 34: Deskription der Anzahl am PT-Gesprächen pro Stufe

	Stufe 1 (N=97)	Stufe 2 (N=381)	Stufe 3a (N=174)	Stufe 3b (N=377)
Mittelwert	0,37	0,30	5,89	8,15
Standardabweichung	1,89	1,82	4,16	7,11
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0
1. Quartil	0,0	0,0	3,0	3,0
Median	0,0	0,0	5,0	6,0
3. Quartil	0,0	0,0	8,0	11,0
Maximum	14,0	22,0	23,0	55,0

4.4.3.2 Gespräche mit einer Psychosozialen-Fachkraft

Tabelle 35 stellt die Anzahl durchgeführter PSF-Gespräche pro Versorgungsstufe dar. In den Stufen 1 und 3a haben insgesamt 2 bzw. 1 Patient*innen mindestens ein Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft erhalten, obwohl sie dieses aufgrund ihrer Stufeneinteilung nicht hätten erhalten sollen. Zudem haben 19 bzw. 254 Patient*innen der Stufen 2 und 3b kein Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft erhalten, obwohl dies aufgrund der Stufeneinteilung indiziert gewesen wäre. Bei 72,7% der Patient*innen in Stufe 2 wurden 1-4 Gespräche geführt, 5,8% der Patient*innen erhielten sogar mehr als acht Gespräche. In Stufe 3b erhielten 28,6% der Patient*innen 1-4 Gespräche, nur 0,5% der Patient*innen erhielten mehr als acht Gespräche.

Tabelle 35: Anzahl an PSF-Gesprächen pro Stufe

	Anzahl der PSF-Gespräche				Gesamt
	kein Gespräch	1-4 Gespräche	5-8 Gespräche	>8 Gespräche	
1	95 (97,9%)	2 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	97
2	19 (5,0%)	277 (72,7%)	63 (16,5%)	22 (5,8%)	381
3a	173 (99,4%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	174
3b	254 (67,4%)	108 (28,6%)	13 (3,4%)	2 (0,5%)	377
Gesamt	541 (52,6%)	388 (37,7%)	76 (7,4%)	24 (2,3%)	1.029

Tabelle 36 zeigt, dass in Stufe 1 und 3a pro Patient*in im Mittel 0,05 bzw. 0,01 Gespräche mit einer psychosozialen Fachkraft stattgefunden haben. Der Median beträgt in beiden Stufen 0. Das Maximum an Gesprächen in den Stufen 1 und 3a beträgt 3 bzw. 1. In den Stufen 2 und 3b wurden im Schnitt 3,51 bzw. 0,81 Gespräche pro Patient*in durchgeführt. Der Median beträgt 3 in Stufe 2 und 0 in Stufe 3b. Das Maximum an Gesprächen in den Stufen 2 und 3b beträgt 19 bzw. 10.

Tabelle 36: Deskription der Anzahl an PSF-Gesprächen pro Stufe

	Stufe 1 (N=97)	Stufe 2 (N=381)	Stufe 3a (N=174)	Stufe 3b (N=377)
Mittelwert	0,05	3,51	0,01	0,81
Standardabweichung	0,36	2,84	0,08	1,60
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0
1. Quartil	0,0	2,0	0,0	0,0
Median	0,0	3,0	0,0	0,0
3. Quartil	0,0	4,0	0,0	1,0
Maximum	3,0	19,0	1,0	10,0

4.4.4 Klinische und statistische Veränderung der psychischen Belastung (RCI)

Um im klinischen Kontext bei einer psychischen Belastung von einer signifikanten Veränderung sprechen zu können, müssen Patient*innen bestimmte Wertegrenzen gemessen am RCI erreichen (siehe Abschnitt 4.2.3). In der isPO-Versorgung wurde der HADS, als Maß für die Veränderung der psychischen Belastung verwendet. Folgend sind die Ergebnisse für Auswertungen mit dem RCI beschrieben.

4.4.4.1 RCI nach Versorgungsstufe

Aus Tabelle 37 wird ersichtlich, dass bei 76,1% bzw. 68,7% der Patient*innen auf Stufe 1 und 2 über einen Zeitraum von T1 zu T2 keine signifikante Veränderung ihrer Belastung gemessen wurde. Bei 16,3% bzw. 17,9% wurde eine signifikante Verschlechterung und nur bei 7,6% bzw. 13,5% eine signifikante Verbesserung der HADS-Werte nach der RCI-Einteilung gemessen. In Stufe 3a und 3b fand bei 48,2% bzw. 41,5% der Patient*innen keine signifikante Veränderung ihrer Belastung statt, während bei 8,3% bzw. 11,1% eine signifikante Verschlechterung und bei 43,5% bzw. 47,4% eine signifikante Verbesserung ihrer Belastung zu sehen ist.

Unabhängig von der Versorgungsstufe fand bei 56,0% aller Patient*innen keine signifikante Veränderung, bei 13,6% eine signifikante Verschlechterung und bei 30,3% eine signifikante Verbesserung ihrer Belastung statt.

Tabelle 37: RCI nach Versorgungsstufe (T1 zu T2)

	Reliable Change Index (T1 zu T2)			Gesamt
	Signifikante Verbesserung	Keine signifikante Veränderung	Signifikante Verschlechterung	
1	7 (7,6%)	70 (76,1%)	15 (16,3%)	92
2	49 (13,5%)	250 (68,7%)	65 (17,9%)	364
3a	73 (43,5%)	81 (48,2%)	14 (8,3%)	168
3b	167 (47,4%)	146 (41,5%)	39 (11,1%)	352
Gesamt	296 (30,3%)	547 (56,0%)	133 (13,6%)	976

In Tabelle 38 sieht man, dass bei 71,1% bzw. 58,0% der Patient*innen auf Stufe 1 und 2 über einen Zeitraum von T1 zu T3 keine signifikante Veränderung ihrer Belastung eingetreten ist. 19,6% bzw. 21,0% wiesen eine signifikante Verschlechterung und 9,3% bzw. 21,0% eine signifikante Verbesserung auf. In Stufe 3a und 3b fand bei 38,5% bzw. 38,2% der Patient*innen keine signifikante Veränderung ihrer Belastung statt, während sich 8,0% bzw. 11,9% signifikant verschlechterten und 53,4% bzw. 49,9% signifikant verbesserten.

Unabhängig von der Versorgungsstufe fand bei 48,7% aller Patient*innen keine signifikante Veränderung, bei 15,4% eine signifikante Verschlechterung und bei 36,0% eine signifikante Verbesserung ihrer Belastung statt.

Tabelle 38: RCI nach Versorgungsstufe (T1 zu T3)

	Reliable Change Index (T1 zu T3)			Gesamt
	Signifikante Verbesserung	Keine signifikante Veränderung	Signifikante Verschlechterung	
1	9 (9,3%)	69 (71,1%)	19 (19,6%)	97
2	80 (21,0%)	221 (58,0%)	80 (21,0%)	381
3a	93 (53,4%)	67 (38,5%)	14 (8,0%)	174
3b	188 (49,9%)	144 (38,2%)	45 (11,9%)	377
Gesamt	370 (36,0%)	501 (48,7%)	158 (15,4%)	1.029

4.4.4.2 RCI nach Anzahl der durchgeführten Gespräche

4.4.4.2.1 Gespräche mit einem Psychotherapeuten

Tabelle 39 stellt die Ergebnisse des RCI nach der Anzahl der PT-Gespräche zwischen T1 und T2 dar. Bei 69,6% der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einem Psychotherapeuten zeigte sich keine signifikante Veränderung ihrer Belastung, bei 16,3% eine signifikante Verschlechterung und bei 14,1% eine signifikante Verbesserung. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einem Psychotherapeuten fand je nach Anzahl der Gespräche bei 37,5-48,8% keine signifikante Änderung, bei 7,3-20,0% eine signifikante Verschlechterung und bei 41,7-47,9% eine signifikante Verbesserung statt.

Tabelle 39: RCI nach Anzahl der PT-Gespräche (T1 zu T2)

	Reliable Change Index (T1 zu T2)			Gesamt
	Signifikante Verbesserung	Keine signifikante Veränderung	Signifikante Verschlechterung	
Kein Gespräch	63 (14,1%)	311 (69,6%)	73 (16,3%)	447
1-4 Gespräche	85 (41,7%)	95 (46,6%)	24 (11,8%)	204
5-8 Gespräche	70 (47,9%)	63 (43,2%)	13 (8,9%)	146
9-12 Gespräche	43 (43,9%)	43 (43,9%)	12 (12,2%)	98
13-16 Gespräche	17 (42,5%)	15 (37,5%)	8 (20,0%)	40
>16 Gespräche	18 (43,9%)	20 (48,8%)	3 (7,3%)	41

Gesamt	296 (30,3%)	547 (56,0%)	133 (13,6%)	976
--------	-------------	-------------	-------------	-----

Aus Tabelle 40 wird ersichtlich, dass bei 59,9% der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einem Psychotherapeuten über einen Zeitraum von T1 zu T3 keine signifikanten Veränderungen ihrer Belastung gemessen wurde, wobei bei 19,7% von einer signifikanten Verschlechterung und bei 20,4% von einer signifikanten Verbesserung zu berichten ist. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einem Psychotherapeuten fand je nach Anzahl der Gespräche bei 30,0-45,8% keine signifikante Änderung, bei 6,5-20,0% eine signifikante Verschlechterung und bei 46,4-55,4% eine signifikante Verbesserung statt.

Tabelle 40: RCI nach Anzahl der PT-Gespräche (T1 zu T3)

	Reliable Change Index (T1 zu T3)			Gesamt
	Signifikante Verbesserung	Keine signifikante Veränderung	Signifikante Verschlechterung	
Kein Gespräch	96 (20,4%)	282 (59,9%)	93 (19,7%)	471
1-4 Gespräche	102 (46,4%)	87 (39,5%)	31 (14,1%)	220
5-8 Gespräche	73 (47,7%)	70 (45,8%)	10 (6,5%)	153
9-12 Gespräche	56 (55,4%)	35 (34,7%)	10 (9,9%)	101
13-16 Gespräche	20 (50,0%)	12 (30,0%)	8 (20,0%)	40
>16 Gespräche	23 (52,3%)	15 (34,1%)	6 (13,6%)	44
Gesamt	370 (36,0%)	501 (48,7%)	158 (15,4%)	1.029

4.4.4.2.2 Gespräche mit einer Psychosozialen-Fachkraft

Aus Tabelle 41 wird ersichtlich, dass bei 50,9% der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft über einen Zeitraum von T1 zu T2 keine signifikante Veränderung ihrer Belastung gemessen wurde, wobei 9,7% von einer signifikanten Verschlechterung betroffen waren und 39,4% von einer signifikanten Verbesserung profitierten. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft fand je nach Anzahl der Gespräche bei 56,9-63,6% keine signifikante Änderung, bei 16,3-25,0% eine signifikante Verschlechterung und bei 13,6-21,3% eine signifikante Verbesserung statt.

Tabelle 41: RCI nach Anzahl der PSF-Gespräche (T1 zu T2)

	Reliable Change Index (T1 zu T2)			Gesamt
	Signifikante Verbesserung	Keine signifikante Veränderung	Signifikante Verschlechterung	
Kein Gespräch	200 (39,4%)	258 (50,9%)	49 (9,7%)	507
1-4 Gespräche	80 (21,3%)	234 (62,4%)	61 (16,3%)	375
5-8 Gespräche	13 (18,1%)	41 (56,9%)	18 (25,0%)	72
>8 Gespräche	3 (13,6%)	14 (63,6%)	5 (22,7%)	22

Gesamt	296 (30,3%)	547 (56,0%)	133 (13,6%)	976
--------	-------------	-------------	-------------	-----

Bei 43,6% der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft über einen Zeitraum von T1 zu T3 zeigte sich keine signifikante Veränderung ihrer Belastung, bei 11,5% eine signifikante Verschlechterung und bei 44,9% eine signifikante Verbesserung. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft wurde je nach Anzahl der Gespräche bei 50,0-54,6% keine signifikante Änderung, bei 17,1-33,3% eine signifikante Verschlechterung und bei 16,7-28,9% eine signifikante Verbesserung gemessen (siehe Tabelle 42).

Tabelle 42: RCI nach Anzahl der PSF-Gespräche (T1 zu T3)

	Reliable Change Index (T1 zu T3)			Gesamt
	Signifikante Verbesserung	Keine signifikante Veränderung	Signifikante Verschlechterung	
Kein Gespräch	243 (44,9%)	236 (43,6%)	62 (11,5%)	541
1-4 Gespräche	101 (26,0%)	212 (54,6%)	75 (19,3%)	388
5-8 Gespräche	22 (28,9%)	41 (53,9%)	13 (17,1%)	76
>8 Gespräche	4 (16,7%)	12 (50,0%)	8 (33,3%)	24
Gesamt	370 (36,0%)	501 (48,7%)	158 (15,4%)	1.029

4.4.5 Nutzung der geplanten Interventionen/Module

Zu der Versorgung im isPO-Konzept gehörten neben den Gesprächen mit therapeutischem Fachpersonal auch der Einsatz von verschiedenen Interventionsmaßnahmen und Modulen. Für die Versorgungsintegrität ist es daher von großer Bedeutung auch die adäquate Verwendung und Häufigkeit der jeweiligen Verwendung zu evaluieren. Die Ergebnisse hierzu werden in den folgenden Abschnitten dargelegt.

4.4.5.1 Wurden die empfohlenen Maßnahmen adäquat umgesetzt?

Tabelle 43 zeigt, dass die meisten empfohlenen Module adäquat umgesetzt wurden. Je Modul wurde lediglich ein kleiner Prozentsatz der Empfehlungen nicht umgesetzt. Auffällig ist, dass Modul 6 zur *Krisenintervention bzw. stützende/validierende Gesprächsführung* sehr häufig durchgeführt wurde, obwohl es zuvor nicht empfohlen wurde.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Tabelle 43: Anzahl der Maßnahmen: umgesetzt wie empfohlen

N=558	Durchgeführt wie empfohlen	Empfohlen, aber nicht durchgeführt	Durchgeführt, aber nicht empfohlen
Modul 1: Emotionsregulation und Umgang mit starken Gefühlen	533 (95,5%)	25 (4,5%)	0 (0,0%)
Modul 2: Psychoedukation bzgl. Krebserkrankung und Behandlungsverlauf, -arten	537 (96,2%)	21 (3,8%)	0 (0,0%)
Modul 3: Beziehungsaufbau	551 (98,7%)	7 (1,3%)	0 (0,0%)
Modul 4: Umgang mit der Diagnose	541 (97,0%)	17 (3,0%)	0 (0,0%)
Modul 5: Umgang mit Nebenwirkungen	555 (99,5%)	3 (0,5%)	0 (0,0%)
Modul 6: Krisenintervention bzw. stützende/validierende Gesprächsführung	221 (39,6%)	0 (0,0%)	337 (60,4%)
Modul 7: Umgang mit psychosozialen Belastungen (Stress)	552 (98,9%)	6 (1,1%)	0 (0,0%)
Modul 8: Patient*innenkompetenz	553 (99,1%)	5 (0,9%)	0 (0,0%)
Modul 9: Förderung des Gesundheitsverhaltens	556 (99,6%)	2 (0,4%)	0 (0,0%)
Modul 10: Ressourcen	549 (98,4%)	9 (1,6%)	0 (0,0%)
Modul 11: Depression und Demoralisation	532 (95,3%)	26 (4,7%)	0 (0,0%)
Modul 12: Umgang mit repetitiven, aufdringlichen Gedanken	525 (94,1%)	33 (5,9%)	0 (0,0%)
Modul 13: Ängste inklusive Progredienzangst	555 (99,5%)	3 (0,5%)	0 (0,0%)
Modul 14: Vermeidung	534 (95,7%)	24 (4,3%)	0 (0,0%)
Modul 15: Umgang mit Schmerz	545 (97,7%)	13 (2,3%)	0 (0,0%)
Modul 16: Umgang mit Fatigue	550 (98,6%)	8 (1,4%)	0 (0,0%)
Modul 17: Dyadisches Coping, Partnerschaft und Sexualität	551 (98,7%)	7 (1,3%)	0 (0,0%)

Modul 18: Familie	549 (98,4%)	9 (1,6%)	0 (0,0%)
Modul 19: Existentielle Themen	550 (98,6%)	8 (1,4%)	0 (0,0%)
Modul 20: Psychische Symptome aufgrund der Erkrankung	547 (98,0%)	11 (2,0%)	0 (0,0%)
Modul 21: Suizidalität	553 (99,1%)	5 (0,9%)	0 (0,0%)
Modul 22: Umgang mit einem Rezidiv	532 (95,3%)	0 (0,0%)	26 (4,7%)
Modul 23: Zielklärung	534 (95,7%)	24 (4,3%)	0 (0,0%)
Modul 24: Angehörigengespräch	533 (95,5%)	0 (0,0%)	25 (4,5%)
Modul 25: Ablehnung der krebspezifischen Therapie und subjektives Krankheitsverständnis	555 (99,5%)	0 (0,0%)	3 (0,5%)

4.4.5.2 Anzahl empfohlener und durchgeführter Maßnahmen

Tabelle 44 zeigt, dass die einzigen Module, die im Laufe der Therapie bei keinem Patienten empfohlen wurden, Modul 6 zur *Krisenintervention bzw. stützende/validierende Gesprächsführung*, Modul 22 zum *Umgang mit einem Rezidiv*, Modul 24 zum *Angehörigengespräch* und Modul 25 zur *Ablehnung der krebspezifischen Therapie und subjektives Krankheitsverständnis* sind. Dennoch kamen alle 25 Module zum Einsatz. In Versorgungsstufe 1 wurden die Module 1 und 3 am häufigsten verwendet, während in den anderen Versorgungsstufen Module 3 und 10 am häufigsten zum Einsatz kamen.

Tabelle 44: Anzahl empfohlener und durchgeführter Maßnahmen

	Stufe 1 (n=5)		Stufe 2 (n=17)		Stufe 3a (n=166)		Stufe 3b (n=370)		Gesamt (n=558)	
	empfohlen	durchgeführt	empfohlen	durchgeführt	empfohlen	durchgeführt	empfohlen	durchgeführt	empfohlen	durchgeführt
Modul 1: Emotionsregulation	5 (100%)	5 (100%)	16 (94,1%)	15 (88,2%)	151 (91,0%)	143 (86,1%)	351 (94,9%)	335 (90,5%)	523 (93,7%)	498 (89,2%)

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

n und Umgang mit starken Gefühlen											
Modul 2: Psychoedukation bzgl. Krebserkrankung und Behandlungsverlauf, -arten	3 (60,0%)	3 (60,0%)	14 (82,4%)	12 (70,6%)	144 (86,7%)	137 (82,5%)	323 (87,3%)	311 (84,1%)	484 (86,7%)		463 (83,0%)
Modul 3: Beziehungsaufbau	5 (100%)	5 (100%)	17 (100%)	17 (100%)	165 (99,4%)	163 (98,2%)	364 (98,4%)	359 (97,0%)	551 (98,7%)		544 (97,5%)
Modul 4: Umgang mit der Diagnose	4 (80,0%)	4 (80,0%)	14 (82,4%)	12 (70,6%)	146 (88,0%)	142 (85,5%)	315 (85,1%)	304 (82,2%)	479 (85,8%)		462 (82,8%)
Modul 5: Umgang mit Nebenwirkungen	3 (60,0%)	3 (60,0%)	12 (70,6%)	11 (64,7%)	140 (84,3%)	140 (84,3%)	321 (86,8%)	319 (86,2%)	476 (85,3%)		473 (84,8%)
Modul 6: Krisenintervention bzw. stützende/validierende Gesprächsführung	0 (0,0%)	3 (60,0%)	0 (0,0%)	13 (76,5%)	0 (0,0%)	90 (54,3%)	0 (0,0%)	231 (62,4%)	0 (0,0%)		337 (60,4%)
Modul 7: Umgang mit psychosozialen Belastungen (Stress)	3 (60,0%)	3 (60,0%)	14 (82,4%)	14 (82,4%)	113 (68,1%)	112 (67,5%)	281 (75,9%)	276 (74,6%)	411 (73,7%)		405 (72,6%)

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Modul 8: Patient*innenkompetenz	3 (60,0%)	3 (60,0%)	14 (82,4%)	14 (82,4%)	98 (59,0%)	95 (57,2%)	256 (69,2%)	254 (68,6%)	371 (66,5%)	366 (65,6%)
Modul 9: Förderung des Gesundheitsverhaltens	2 (40,0%)	2 (40,0%)	8 (47,1%)	8 (47,1%)	85 (51,2%)	85 (51,2%)	208 (56,2%)	206 (55,7%)	303 (54,3%)	301 (53,9%)
Modul 10: Ressourcen	4 (80,0%)	4 (80,0%)	17 (100%)	17 (100%)	160 (96,4%)	156 (94,0%)	368 (99,5%)	363 (98,1%)	549 (98,4%)	540(96,8%)
Modul 11: Depression und Demoralisation	4 (80,0%)	4 (80,0%)	15 (88,2%)	14 (82,4%)	134 (80,7%)	125 (75,3%)	338 (91,4%)	322 (87,0%)	491 (88,0%)	465 (83,3%)
Modul 12: Umgang mit repetitiven, aufdringlichen Gedanken	2 (40,0%)	2 (40,0%)	16 (94,1%)	13 (76,5%)	157 (94,6%)	147 (88,6%)	360(97,3%)	340 (91,9%)	535 (95,9%)	502 (90,0%)
Modul 13: Ängste inklusive Progredienzangst	4 (80,0%)	4 (80,0%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	116 (69,9%)	114 (68,7%)	284 (74,7%)	283 (76,5%)	417 (74,7%)	414 (74,2%)
Modul 14: Vermeidung	3 (60,0%)	2 (40,0%)	12 (70,6%)	10 (58,8%)	151 (91,0%)	144 (86,7%)	338 (91,4%)	324 (87,6%)	504 (90,3%)	480 (86,0%)
Modul 15: Umgang mit Schmerz	1 (20,0%)	1 (20,0%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	64 (38,6%)	59 (35,5%)	177 (47,8%)	169 (45,6%)	245 (43,9%)	232 (41,6%)

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Modul 16: Umgang mit Fatigue	2 (40,0%)	2 (40,0%)	6 (35,3%)	6 (35,3%)	70 (42,2%)	68 (41,0%)	198 (53,5%)	192 (51,9%)	276 (49,5%)	268 (48,0%)
Modul 17: Dyadisches Coping, Partnerschaft und Sexualität	2 (40,0%)	2 (40,0%)	6 (35,3%)	6 (35,3%)	64 (35,3%)	61 (36,7%)	187 (50,5%)	183 (49,5%)	259 (46,4%)	252 (45,2%)
Modul 18: Familie	4 (80,0%)	4 (80,0%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	119 (71,7%)	114 (68,7%)	292 (78,9%)	288 (77,8%)	428 (76,7%)	419 (75,1%)
Modul 19: Existentielle Themen	3 (60,0%)	3 (60,0%)	9 (52,9%)	9 (52,9%)	111 (66,9%)	106 (63,9%)	266 (71,9%)	263 (71,1%)	389 (69,7%)	381 (68,3%)
Modul 20: Psychische Symptome aufgrund der Erkrankung	1 (20,0%)	1 (20,0%)	8 (47,1%)	7 (41,2%)	75(45,2%)	70 (42,2%)	206 (55,7%)	201 (54,3%)	290 (52,0%)	279 (50,0%)
Modul 21: Suizidalität	1 (20,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (12,0%)	19 (11,4%)	49 (13,2%)	45 (12,2%)	70 (12,5%)	65 (11,6%)
Modul 22: Umgang mit einem Rezidiv	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (4,2%)	0 (0,0%)	18 (4,9%)	0 (0,0%)	26 (4,7%)
Modul 23: Zielklärung	3 (60,0%)	3 (60,0%)	12 (70,6%)	8 (47,1%)	116 (69,9%)	110 (66,3%)	226 (61,1%)	212 (57,3%)	357 (64,0%)	333 (59,7%)

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Modul 24: Angehörigengespräch	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (11,8%)	0 (0,0%)	3 (1,8%)	0 (0,0%)	19 (5,1%)	0 (0,0%)	25 (4,5%)
Modul 25: Ablehnung der krebsspezifischen Therapie und subjektives Krankheitsverständnis	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	3 (0,5%)

4.4.5.3 Deskription der Anzahl empfohlener und durchgeführter Module

Tabelle 45 zeigt, dass pro Patient*in Modul 5 zum *Umgang mit Nebenwirkungen*, Modul 11 zu *Depression und Demoralisation* und Modul 13 zu *Ängsten inklusive Progredienzangst* am häufigsten empfohlen wurden. Diese Module wurden pro Patient*in auch am häufigsten durchgeführt. Die Module 22, 24 und 25 kamen nur äußerst selten zum Einsatz.

Tabelle 45: Anzahl empfohlener und durchgeführter Module

	Anzahl empfohlener Module	Anzahl durchgeführter Module
Modul 1: Emotionsregulation und Umgang mit starken Gefühlen	4,49 ± 3,66 0 - 23	4,01 ± 3,76 0 - 23
Modul 2: Psychoedukation bzgl. Krebserkrankung und Behandlungsverlauf, -arten	3,82 ± 3,49 0 - 36	3,34 ± 3,51 0 - 36
Modul 3: Beziehungsaufbau	6,11 ± 4,26 0 - 37	5,63 ± 4,40 0 - 37
Modul 4: Umgang mit der Diagnose	3,19 ± 2,50 0 - 19	2,71 ± 2,39 0 - 19
Modul 5: Umgang mit Nebenwirkungen	28,74 ± 47,79 0 - 603	28,1 ± 47,66 0 - 602
Modul 6: Krisenintervention bzw. stützende/validierende Gesprächsführung	0,00 ± 0,00 0 - 0	3,01 ± 4,42 0 - 30
Modul 7: Umgang mit psychosozialen Belastungen (Stress)	7,01 ± 11,79 0 - 101	6,77 ± 11,59 0 - 101
Modul 8: Patient*innenkompetenz	3,41 ± 4,35 0 - 21	3,37 ± 4,33 0 - 21
Modul 9: Förderung des Gesundheitsverhaltens	2,27 ± 3,72 0 - 40	2,24 ± 3,71 0 - 40
Modul 10: Ressourcen	13,66 ± 16,84 0 - 236	12,98 ± 16,74 0 - 235
Modul 11: Depression und Demoralisation	25,58 ± 39,14 0 - 338	25,00 ± 39,05 0 - 337
Modul 12: Umgang mit repetitiven, aufdringlichen Gedanken	13,28 ± 16,48 0 - 140	12,41 ± 16,41 0 - 139
Modul 13: Ängste inklusive Progredienzangst	21,37 ± 28,18 0 - 223	21,16 ± 28,00 0 - 222

Modul 14: Vermeidung	6,55 ± 6,61 0 - 54	5,81 ± 6,46 0 - 53
Modul 15: Umgang mit Schmerz	4,74 ± 9,30 0 - 79	4,49 ± 9,09 0 - 78
Modul 16: Umgang mit Fatigue	5,19 ± 9,32 0 - 71	4,91 ± 9,08 0 - 70
Modul 17: Dyadisches Coping, Partnerschaft und Sexualität	5,71 ± 11,94 0 - 110	5,47 ± 11,71 0 - 109
Modul 18: Familie	9,93 ± 16,57 0 - 185	9,56 ± 16,32 0 - 184
Modul 19: Existentielle Themen	9,39 ± 16,41 0 - 167	9,26 ± 16,26 0 - 167
Modul 20: Psychische Symptome aufgrund der Erkrankung	5,47 ± 10,72 0 - 100	5,18 ± 10,52 0 - 99
Modul 21: Suizidalität	1,05 ± 4,44 0 - 56	1,01 ± 4,33 0 - 55
Modul 22: Umgang mit einem Rezidiv	0,00 ± 0,00 0 - 0	0,06 ± 0,29 0 - 4
Modul 23: Zielklärung	1,90 ± 1,88 0 - 9	1,42 ± 1,51 0 - 8
Modul 24: Angehörigengespräch	0,00 ± 0,00 0 - 0	0,07 ± 0,39 0 - 5
Modul 25: Ablehnung der krebspezifischen Therapie und subjektives Krankheitsverständnis	0,00 ± 0,00 0 - 0	0,01 ± 0,07 0 - 1

1. Zeile: Mittelwert ± Standardabweichung; 2. Zeile: Minimum - Maximum

4.4.5.4 Deskription zur Verwendung der Problemaktionen im PSF-Gespräch

Auch für die PSF-Gespräche sind durchführbare Aktionen konzipiert worden. Hier gab es allerdings jeweils eine hierarchische Struktur. Auf der oberen Ebene konnte zwischen 8 Hauptaktionen gewählt werden. Tabelle 46 zeigt, dass alle Hauptaktionen mindestens einmal ausgewählt wurden. Pro Patient*in wurde die Problemaktion *Intervention* am häufigsten ausgewählt. Bei einigen der Hauptaktionen konnten nach der Auswahl noch weitere Unterkategorien, die zur Anwendung kommen sollten, von der Psychosozialen-Fachkraft ausgewählt werden. Im isPO-Programm wurden lediglich für die Problemaktion *Intervention* weitere Aktionen ausgewählt. Dabei wurde von den einzelnen Interventionen am häufigsten eine *Beratung* oder *Unterstützung* angewandt. Von den Unterstützungsleistungen wiederum wurde in den meisten Fällen eine *Unterlagenübermittlung* durchgeführt.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Tabelle 46: Deskription der PSF-Problemaktionen

Anzahl der Problemaktion:	
Ziel	2,24 ± 1,77 1 - 9
Ressource	1,91 ± 1,75 1 - 13
Maßnahmenplanung	1,65 ± 1,47 1 - 7
Aufgabe	1,88 ± 1,77 1 - 9
Intervention	3,57 ± 3,20 1 - 17
Information	1,78 ± 0,99 1 - 4
Beratung	2,19 ± 2,11 1 - 13
Anleitung	1,25 ± 0,46 1 - 2
Edukation	1,00 ± 0,00 1 - 1
Unterstützung	2,51 ± 2,13 1 - 9
Schreiben	1,00 ± 0,00 1 - 1
Unterlagenübermittlung	1,26 ± 0,45 1 - 2
Recherche/Vor- /Nachbereitung	1,00 ± 0,00 1 - 1
Patientenengagement	1,39 ± 0,73 1 - 4
Evaluation	1,48 ± 0,68 1 - 3
Veränderungsbereitschaft	1,56 ± 0,86

	1 - 4
--	-------

1. Zeile: Mittelwert \pm Standardabweichung; 2. Zeile: Minimum – Maximum

4.4.6 Einfluss der Therapiegespräche auf die Veränderung des HADS

Zusätzlich zu den deskriptiven Analysen wurden Zusammenhangs- und Regressionsanalysen zum Einfluss der Therapiegespräche auf die Veränderung des HADS durchgeführt.

4.4.6.1 Zusammenhangsanalyse: Gespräche und HADS-Veränderung (Korrelation)

In Tabelle 47 ist der Zusammenhang zwischen der Änderung im HADS und der Anzahl an PT-Gesprächen dargestellt. Es zeigt sich, dass lediglich in Stufe 2 ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Änderung des Gesamt-HADS von T1 zu T2 und der Anzahl an PT-Gesprächen besteht ($r=0,118$; $p=0,024$). Dieser signifikante Zusammenhang zeigt sich ebenfalls in der Betrachtung der Subskala Depression ($r=0,140$; $p=0,007$). Die Korrelationskoeffizienten deuten allerdings auf einen kleinen Effekt hin.

Betrachtet man den gesamten Versorgungszeitraum von einem Jahr, kann auf keiner der Versorgungsstufen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Symptomreduktion und der Anzahl der Sitzungen beobachtet werden.

Tabelle 47: Korrelation: Änderung des HADS und Anzahl an PT-Gesprächen

		Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient*in			
		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3a	Stufe 3b
HADS-Differenz (T1 und T2)	Pearson Korrelation	0,084	0,118*	0,140	-0,047
	p-Wert	0,427	0,024	0,070	0,384
	N	92	364	168	352
HADS-Differenz (T1 und T3)	Pearson Korrelation	0,020	0,032	0,040	-0,039
	p-Wert	0,843	0,540	0,599	0,446
	N	97	381	174	377
HADS-Differenz der Subskala Angst (T1 und T2)	Pearson Korrelation	0,036	0,064	0,137	-0,035
	p-Wert	0,735	0,222	0,077	0,513
	N	92	364	168	352
HADS-Differenz der Subskala Angst (T1 und T3)	Pearson Korrelation	0,010	-0,001	0,053	-0,028
	p-Wert	0,920	0,988	0,490	0,586
	N	97	381	174	377
HADS-Differenz der Subskala Depression (T1 und T2)	Pearson Korrelation	0,121	0,140**	0,111	-0,048
	p-Wert	0,249	0,007	0,151	0,367
	N	92	364	168	352

HADS-Differenz der Subskala Depression (T1 und T3)	Pearson Korrelation	0,026	0,057	0,018	-0,042
	p-Wert	0,802	0,267	0,814	0,412
	N	97	381	174	377
** Korrelation ist signifikant zum Signifikanzniveau von 0,01 (2-seitig).					
* Korrelation ist signifikant zum Signifikanzniveau von 0,05 (2-seitig).					

In Tabelle 48 ist der Zusammenhang zwischen der Änderung im HADS und der Anzahl an PSF-Gesprächen dargestellt. Es zeigt sich, dass in erster Linie in Stufe 2 ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Änderung des Gesamt-HADS von T1 zu T2 bzw. von T1 zu T3 und der Anzahl an PSF-Gesprächen besteht ($r=0,174$; $p=0,001$ bzw. $r=0,120$; $p=0,209$; $p<0,001$ bzw. $r=0,146$; $p=0,004$). Dieser signifikante Zusammenhang zeigt sich ebenfalls in der Betrachtung der Subskala Depression ($r=0,140$; $p=0,007$). Die Korrelationskoeffizienten deuten allerdings auf einen kleinen Effekt hin.

Zusätzlich zeigt sich auf der Subskala Angst ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Änderung des HADS von T1 zu T3 und der Anzahl an PSF-Gesprächen.

Tabelle 48: Korrelation: Änderung des HADS und Anzahl an PSF-Gesprächen

		Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient			
		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3a	Stufe 3b
HADS-Differenz (T1 und T2)	Pearson Korrelation	0,042	0,174**	0,113	0,017
	p-Wert	0,690	0,001	0,144	0,751
	N	92	364	168	352
HADS-Differenz (T1 und T3)	Pearson Korrelation	0,019	0,120*	0,144	0,047
	p-Wert	0,852	0,019	0,058	0,362
	N	97	381	174	377
HADS-Differenz der Subskala Angst (T1 und T2)	Pearson Korrelation	0,071	0,093	0,116	0,028
	p-Wert	0,503	0,076	0,133	0,597
	N	92	364	168	352
HADS-Differenz der Subskala Angst (T1 und T3)	Pearson Korrelation	0,099	0,067	0,173*	0,053
	p-Wert	0,336	0,194	0,022	0,305
	N	97	381	174	377
HADS-Differenz der Subskala Depression (T1 und T2)	Pearson Korrelation	0,006	0,209**	0,084	0,002
	p-Wert	0,956	<0,001	0,279	0,964
	N	92	364	168	352

HADS-Differenz der Subskala Depression (T1 und T3)	Pearson Korrelation	-0,063	0,146**	0,080	0,032
	p-Wert	0,538	0,004	0,292	0,531
	N	97	381	174	377
** Korrelation ist signifikant zum Signifikanzniveau von 0,01 (2-seitig).					
* Korrelation ist signifikant zum Signifikanzniveau von 0,05 (2-seitig).					

4.4.6.2 Regression: Einfluss der PT-Gespräche auf HADS-Veränderung

In Tabelle 49 sind die Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen für den Einfluss der Anzahl an PT-Gesprächen auf die Änderung des Gesamt-HADS sowie der Subskalen Angst und Depression dargestellt. Es zeigt sich sowohl für den Gesamt-HADS als auch für die beiden Subskalen, dass sich die Anzahl an geführten PT-Gesprächen positiv auf die Änderung des HADS von T1 zu T2 und T1 zu T3 auswirkt, d.h. je größer die Anzahl geführter Gespräche ist, desto stärker ist die Verbesserung der HADS-Werte zwischen den jeweiligen Zeitpunkten.

Tabelle 49: Einfluss der PT-Gespräche auf die Änderung des HADS

Anzahl der jeweiligen Fälle	abhängige Variable	Einflussfaktor	Schätzer	Standardfehler	p-Wert	95 %-Konfidenzintervall	
						untere Grenze	obere Grenze
N = 976	HADS-Differenz zwischen T1 und T2	(Konstante)	-0,895	0,251	<0,001	-1,388	-0,403
		Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient*in	-0,223	0,034	<0,001	-0,290	-0,156
N=1.029	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	(Konstante)	-1,308	0,274	<0,001	-1,845	-0,771
		Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient*in	-0,281	0,038	<0,001	-0,354	-0,207
N = 976	HADS-Differenz der Subskala Angst zwischen T1 und T2	(Konstante)	-0,859	0,144	<0,001	-1,142	-0,576
		Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient*in	-0,113	0,020	<0,001	-0,152	-0,075
N=1.029	HADS-Differenz der Subskala Angst zwischen T1 und T3	(Konstante)	-0,925	0,151	<0,001	-1,221	-0,628
		Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient*in	-0,142	0,021	<0,001	-0,183	-0,102
N = 976	(Konstante)	-0,037	0,137	0,786	-0,306	0,231	

	HADS-Differenz der Subskala Depression zwischen T1 und T2	Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient*in	-0,110	0,019	<0,001	-0,146	-0,073
N=1.029	HADS-Differenz der Subskala Depression zwischen T1 und T3	(Konstante)	-0,383	0,153	0,013	-0,684	-0,082
		Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient*in	-0,138	0,021	<0,001	-0,180	-0,097

Neben den oben dargestellten Analysen wurde für die Änderung des Gesamt-HADS von T1 zu T3 auch ein multivariablen Regressionsmodell mit zusätzlichen soziodemografischen Einflussparametern gerechnet (siehe Anhang 26). Auch hier zeigt sich ein signifikanter Einfluss der Anzahl an PT-Gesprächen auf die Änderung des HADS. Zusätzlich zeigt sich im multivariablen Modell ein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Änderung des HADS. Der positive Regressionskoeffizient von 1,186 bedeutet, dass Männer im Schnitt eine um 1,186 geringere Verbesserung der HADS-Werte erfahren haben als Frauen.

4.4.6.3 Regression: Einfluss der PSF-Gespräche auf HADS-Veränderung

In Tabelle 50 sind die Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen für den Einfluss der Anzahl an PSF-Gesprächen auf die Änderung des Gesamt-HADS sowie der Subskalen Angst und Depression dargestellt. Es zeigt sich weder für den Gesamt-HADS noch für die beiden Subskalen, dass eine Auswirkung der Anzahl an geführten PSF-Gesprächen auf die Änderung des HADS von T1 zu T2 und T1 zu T3 besteht. Abbildung 38

Tabelle 50: Einfluss der PSF-Gespräche auf die Änderung des HADS

Anzahl der jeweiligen Fälle	Abhängige Variable	Einflussfaktor	Schätzer	Standardfehler	p-Wert	95 % - Konfidenzintervall	
						untere Grenze	obere Grenze
N = 352	HADS-Differenz zwischen T1 und T2	(Konstante)	-4,068	0,430	<0,001	-4,914	-3,222
		Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient	0,077	0,242	0,751	-0,399	0,552
N=377	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	(Konstante)	-5,114	0,465	<0,001	-6,028	-4,201
		Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient	0,237	0,260	0,362	-0,274	0,748
N = 352		(Konstante)	-2,496	0,241	<0,001	-2,969	-2,022

	HADS-Differenz der Subskala Angst zwischen T1 und T2	Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient	0,072	0,135	0,597	-0,195	0,338
N=377	HADS-Differenz der Subskala Angst zwischen T1 und T3	(Konstante)	-2,867	0,250	<0,001	-3,359	-2,374
		Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient	0,144	0,140	0,305	-0,131	0,419
N = 352	HADS-Differenz der Subskala Depression zwischen T1 und T2	(Konstante)	-1,576	0,240	<0,001	-2,048	-1,104
		Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient	0,006	0,135	0,964	-0,259	0,271
N=377	HADS-Differenz der Subskala Depression zwischen T1 und T3	(Konstante)	-2,247	0,266	<0,001	-2,770	-1,725
		Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient	0,093	0,149	0,531	-0,199	0,385

Neben den oben dargestellten Analysen wurde für die Änderung des Gesamt-HADS von T1 zu T3 auch ein multivariablen Regressionsmodell mit zusätzlichen soziodemografischen Einflussparametern gerechnet (s. Anhang 27). Auch im multivariablen Modell zeigen sich keine signifikanten Einflüsse der Anzahl an PSF-Gesprächen oder anderer soziodemografischer Daten auf die Veränderung des HADS.

4.4.6.4 Regression: Einfluss der Behandlungsmodule auf HADS-Veränderung

Auch für den Einfluss der Behandlungsmodule auf die Veränderung der HADS-Werte zwischen T1 und T3 wurden Regressionsanalysen gerechnet. Für Modul 11 zu *Depression und Demoralisation* zeigt sich ein signifikanter Einfluss der Durchführung dieses Moduls auf die Änderung des HADS. Der positive Regressionskoeffizient deutet darauf hin, dass Patient*innen, bei denen Modul 11 mindestens einmal durchgeführt wurde, eine im Mittel um 2,254 kleinere Verbesserung der HADS-Werte zwischen T1 und T3 erfahren haben, als Patient*innen, bei denen dieses Modul keine Anwendung fand. Durch kein weiteres der durchgeführten Module ließ sich ein signifikanter Einfluss nachweisen. Die Ergebnisse für diese Analysen sind Anhang 27 zu entnehmen.

4.5 Zusammenfassung und Interpretation

Die nVF-isPO stellte sich bereits in der Planungsphase als sehr komplexe Intervention heraus, weshalb die Evaluation aller Teilbereiche dazu beiträgt das gestufte Programm zu bewerten. Im Hinblick auf die interne Validität (Versorgungsintegrität) kann abschließend gesagt werden,

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

dass das geplante gestufte isPO-Versorgungskonzept im Hinblick auf die in Kapitel 4.2.2 gestellten Fragen und Ziele hinreichend umgesetzt wurde und nur noch an wenigen Stellen Optimierungsbedarf gegeben ist.

Zuerst sollte überprüft werden, ob die geplanten HADS-Abfragezeitpunkte adäquat eingehalten wurden. Hier zeigte sich insgesamt wenig Abweichung, wobei Gründe dafür leider nicht nachvollziehbar dargelegt werden können. Möglicherweise sind versendete Materialien nicht angekommen, oder durch den Postweg verzögert worden. Auch ein Grund könnte hier die durch die Corona-Pandemie notwendige Umstellung der Aufklärung und Übermittlung der Unterlagen zu einem verzögerten Ausfüllen der Unterlagen geführt haben.

In mehr als 60% der Fälle über alle Versorgungsstufen und Zeitpunkte hinweg lagen die Ausfüllzeitpunkte der HADS-Fragebögen jedoch im Soll-Bereich.

Des Weiteren war ein wichtiger Punkt die Beurteilung der Stufenzuordnung. Hier zeigte sich in Bezug auf die Zuteilung nach HADS-Schwelle für das Berichtskollektiv keine Abweichung und alle Patient*innen wurden gemäß ihres Bedarfs zugeteilt.

Bei Betrachtung der durch die PSR indizierten notwendigen speziellen Versorgung für höher belastete Patient*innen zeigten sich insgesamt nur geringfügige Abweichungen bzgl. der Stufeneinteilung.

Neben der korrekten Stufenzuteilung galt es ebenso zu beurteilen, ob alle Patient*innen auch die der Stufe entsprechenden Leistungen erhalten haben.

Bei Betrachtung der Ergebnisse zu der Anzahl an geführten PT-Gesprächen aufgeteilt nach Versorgungsstufe zeigte sich auch hier insgesamt, dass die Versorgungskonzeption in der Durchführung gut funktionierte.

Lediglich bei wenigen Patient*innen wurden Leistungen erforderlich und angewendet, die gemäß Stufe nicht indiziert gewesen sind.

Insgesamt wurden durchschnittlich pro Patient*in nur wenige Gespräche mit einem Psychotherapeuten geführt. Die Häufigkeit richtet sich hierbei proportional an der Belastung (höhere Versorgungsstufe) aus.

In Stufe 1 und 3a wurden ebenfalls wenige PSF-Gespräche geführt, obwohl diese nicht indiziert gewesen wären. Auffällig war bei den PSF-Gesprächen jedoch, dass höher belastete Patient*innen in hohem Maße angebotene Leistungen nicht in Anspruch genommen haben. Weshalb hier für die Zukunft ggf. eine Einschränkung oder Änderung des Versorgungskonzeptes angezeigt wäre.

Unabhängig von der Konzeption war ein weiterer wesentlicher Evaluationspunkt die Beurteilung nach signifikanten Änderungen in der jeweiligen Belastung der Patient*innen. Hierzu wurde der Reliable Change-Index herangezogen. Aus den Ergebnissen der Auswertung zum RCI nach Versorgungsstufen zeigt sich, dass sich höher belastete Patient*innen eher signifikant verbessern als Patient*innen mit einer niedrigeren Stufe. Hieraus könnte man vermuten, dass höher belastete Patient*innen von den ihnen angebotenen Leistungen deutlich profitieren und Ängste sowie Depressionen entgegengewirkt werden können. Insgesamt sieht man über die Stufen hinweg bei den meisten Fällen jedoch keine signifikante Veränderung.

Die Ergebnisse des RCI aufgeteilt nach der Anzahl an PT-Gesprächen deuten darauf hin, dass die zeitliche Komponente, wann man nach einer signifikanten Veränderung auswertet, also ob man T1 zu T2 oder T1 zu T3 betrachtet, eine wesentliche Rolle spielt. So sieht man zwischen T1 und T2 eher eine gleichmäßige Verteilung der verbesserten Anteile, was dafürsprechen würde, dass die Anzahl der PT Gespräche keine große Wirkung hat. Zwischen T1 und T3 hingegen verändert sich das Bild und die prozentuale Verteilung deutet darauf hin, dass mehr

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Gespräche auch zu mehr signifikanten Verbesserungen führen. Bei Gesprächen mit einer Psychosozialen-Fachkraft, scheint die Anzahl der Gespräche bzgl. einer signifikanten Verbesserung keine große Rolle zu spielen.

Zusammenfassend bleibt es aber im Hinblick des RCI dabei, dass der größte Anteil an Patient*innen keine signifikante Veränderung aufweist.

Nächster Evaluationspunkt im Bericht war die Bewertung der angemessenen Nutzung von Modulen und Problemaktionen in den PT- bzw. PSF-Gesprächen. Hier zeigte sich, dass die für die PT-Gespräche konzeptionierten Module den Ergebnissen zu Folge für das isPO-Programm insgesamt eine hohe Passfähigkeit besitzen. Die Module 5, 7 und 10-13 sind durch die Häufigkeit ihrer Verwendung im psychoonkologischen Setting scheinbar sehr geeignet, was sich auch in den darin behandelten Themen widerspiegelt.

Bei den von einer Psychosozialen Fachkraft durchführbaren Problemaktionen kann man keine explizit hervorheben oder eine hohe Passfähigkeit zusprechen, da die Problemaktionen insgesamt nur in einem sehr geringen Maß überhaupt ausgewählt wurden. Für die flächendeckende Versorgung sollte man hier ggf. eine Minimierung vornehmen. Ein allgemeingültiges Fazit ist hier allerdings aufgrund der lückenhaften Verwendung nicht möglich.

Abschließend wurden für das Berichtskollektiv bzgl. der gemessenen HADS-Werte noch Zusammenhangsanalysen und Regressionen durchgeführt. Die Korrelationskoeffizienten der Zusammenhangsanalysen weisen allerdings kaum auf einen Effekt der Anzahl an Gesprächen auf die HADS-Veränderung hin.

Die univariaten Regressionen zeigten hingegen, dass sich die Anzahl an geführten PT-Gesprächen insgesamt positiv auf die Änderung des HADS von T1 zu T2 und T1 zu T3 auswirkt. Je größer die Anzahl geführter Gespräche ist, desto stärker ist die Verbesserung der HADS-Werte zwischen den jeweiligen Zeitpunkten.

Diese Erkenntnis konnte ebenfalls in den multivariablen Modellen bestätigt werden.

Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse, dass die Versorgung in ihrer Durchführung insgesamt sehr gut funktioniert hat und die Patient*innen von der nVF-isPO profitieren.

5. Literaturverzeichnis

Aaronson, N. K.; Ahmedzai, S.; Bergman, B.; Bullinger, M.; Cull, A.; Duez, N. J. et al. (1993): The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. In *Journal of the National Cancer Institute* 85 (5), pp. 365–376. DOI: 10.1093/jnci/85.5.365.

Abel, Thomas; Kohlmann, Thomas; Noack, Horst (1995): SOC-Fragebogen. Revidierte Fassung der Übersetzung von Noack, Bachmann u.a. (1987). Bern.

Andersen, Ronald M. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? In *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1), p. 1. DOI: 10.2307/2137284.

Andritsch, Elisabeth; Traun-Vogt, Gabriele (2020): Existenzielle und psychische Belastungen als Folge einer Krebserkrankung im Bereich Rehabilitation und Nachsorge. In Richard Crevenna (Ed.): *Onkologische Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, pp. 175–183.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2020): 8 Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren. Available online at https://www.aeqz.de/aezq/kompendium_q-m-a/8-qualitaetskriterien-und-qualitaetsindikatoren/#, updated on 1/20/2020.

Austin, Peter C. (2011): An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. In *Multivariate behavioral research* 46 (3), pp. 399–424. DOI: 10.1080/00273171.2011.568786.

Baumgardner, James; Shahabi, Ahva; Zacker, Christopher; Lakdawalla, Darius (2018): Cost variation and savings opportunities in the Oncology Care Model. In *The American journal of managed care* 24 (12), pp. 618–623.

Bergelt, C.; Schölermann, C.; Hahn, I.; Weis, J.; Koch, U. (2010): Psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor. In *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 72 (10), pp. 700–706. DOI: 10.1055/s-0029-1242771.

Beutel, Manfred E.; Brähler, Elmar; Wiltink, Jörg; Michal, Matthias; Klein, Eva M.; Jünger, Claus et al. (2017): Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). In *PloS one* 12 (10), e0186516. DOI: 10.1371/journal.pone.0186516.

Bhola, H. S. (2000): A Discourse on Impact Evaluation. In *Evaluation* 6 (2), pp. 161–177. DOI: 10.1177/13563890022209190.

BMBF: ISCED 2011. Available online at <https://www.datenportal.bmbf.de/portal/de/G293.html>, checked on 6/22/2021.

Book, Katrin; Dinkel, Andreas; Henrich, Gerhard; Stuhr, Claudia; Peuker, Mareike; Härtl, Kristin et al. (2013): The effect of including a 'psychooncological statement' in the discharge summary on patient-physician communication: a randomized controlled trial. In *Psycho-oncology* 22 (12), pp. 2789–2796. DOI: 10.1002/pon.3347.

Boon, Michele Hilton; Craig, Peter; Thomson, Hilary; Campbell, Mhairi; Moore, Laurence (2021): Regression Discontinuity Designs in Health: A Systematic Review. In *Epidemiology (Cambridge, Mass.)* 32 (1), pp. 87–93. DOI: 10.1097/EDE.0000000000001274.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Boyle, K.; Lutz, W. (2019): Behandlungsintegrität in der Psychotherapieforschung. In *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 69 (7), pp. 301–302. DOI: 10.1055/a-0867-2329.

Brall, Caroline; Schröder-Bäck, Peter (2016): Personalised Medicine and Scarce Resources: A Discussion of Ethical Chances and Challenges from the Perspective of the Capability Approach. In *Public health genomics* 19 (3), pp. 178–186. DOI: 10.1159/000446536.

Brazier, J.; Ratcliffe, J.; Salomon, J. A.; Tsuchiya, A. (2009): Measuring and valuing health benefits for economic evaluation. Reprinted. Oxford: Oxford Univ. Press.

Büchner, Vera Antonia; Hinz, Vera; Schreyögg, Jonas (2015): Cooperation for a competitive position: The impact of hospital cooperation behavior on organizational performance. In *Health care management review* 40 (3), pp. 214–224. DOI: 10.1097/HMR.000000000000027.

Bühning, P. (2014): Psychoonkologische Versorgung–Ambulant große Defizite: Deutsches Ärzteblatt.

Bull, Claudia; Byrnes, Joshua; Hettiarachchi, Ruvini; Downes, Martin (2019): A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. In *Health services research* 54 (5), pp. 1023–1035. DOI: 10.1111/1475-6773.13187.

Bundesgesundheitsministerium: Selbsthilfeförderung. Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe in Deutschland. Available online at <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/selbsthilfefoerderung.html>, checked on 6/8/2021.

Bundesministerium für Gesundheit (Ed.) (2017): Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. With assistance of Referat 315 „Nicht übertragbare Krankheiten“. Available online at https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan.pdf, checked on 11/24/2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Ziele des Nationalen Krebsplan - NKP. Available online at https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/UEbersicht_Ziele_des_Nationalen_Krebsplans_2020.pdf, checked on 3/15/2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Bekanntmachung Aktualisierter einheitlicher onkologischer Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) vom 10. Mai 2021. Available online at https://www.adt-netzwerk.de/Einheitlicher_onkologischer_Basisdatensatz/Basisdatensatz/Allgemein/thumb/D.php?id=9C%2Fsjv%2FwjJsB55IXthJ%2BrzVrnNXuY5uzsnG8tENTn%2BkqL6hDcPD6CiyzSR%2BrwgYXHdFS7lokoUeVZ1LeftjcG5QXCpBpmgIPGK7L5DLjeJECCxQw%2FXfqv%2B4qEFtMxsyt&sid=5ptoqesr5dtj1e674fjlaimvh0, checked on 3/15/2022.

Chang, Stella; Long, Stacey R.; Kutikova, Lucie; Bowman, Lee; Finley, Denise; Crown, William H.; Bennett, Charles L. (2004): Estimating the cost of cancer: results on the basis of claims data analyses for cancer patients diagnosed with seven types of cancer during 1999 to 2000. In *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 22 (17), pp. 3524–3530. DOI: 10.1200/JCO.2004.10.170.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Chirikos, Thomas N. (2002): Cancer economics: on variations in the costs of treating cancer. In *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center* 9 (1), pp. 59–66. DOI: 10.1177/107327480200900110.

Cornwall, A. (2008): Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. In *Community Development Journal* 43 (3), pp. 269–283. DOI: 10.1093/cdj/bsn010.

Cornwall, Andrea; Aghajanian, Alia (2017): How to Find out What's Really Going On: Understanding Impact through Participatory Process Evaluation. In *World Development* 99, pp. 173–185. DOI: 10.1016/j.worlddev.2017.07.010.

Curry, Leslie; Nunez-Smith, Marcella (2015): Mixed methods in health sciences research. A practical primer. Los Angeles: Sage (SAGE mixed methods research series, volume 1).

Dalgard, O. S.; Bjørk, S.; Tambs, K. (1995): Social support, negative life events and mental health. In *The British journal of psychiatry* 166 (1), pp. 29–34. DOI: 10.1192/bjp.166.1.29.

Deutsche Krebsgesellschaft (2021a): Glossar - die Bedeutung der wichtigsten Krebsbegriffe | DKG. Available online at <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/glossar.html>, checked on 5/28/2021.

Deutsche Krebsgesellschaft (2021b): Zertifizierung. Available online at <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung.html>, checked on 5/28/2021.

Deutsche Krebsgesellschaft & Deutsche Gesellschaft für Senologie (2021): Kennzahlenauswertung 2021. Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren. Edited by Deutsche Krankenhausgesellschaft. Berlin. Available online at https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Jahresberichte%20mit%20DOI%20und%20ISBN/qualitaetsindikatoren_brustkrebs_2021-A1_210520.pdf&cid=94659.

Deutsche Krebshilfe (DKH) & Deutsche Krebsgesellschaft (2015): Positionspapier der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen in Deutschland Bonn/Berlin. Available online at https://bak-ev.org/downloads/KBS_Positionspapier_2015.pdf, checked on 3/15/2022.

Deutsche Krebshilfe (DKH) & Deutsche Krebsgesellschaft (2017): Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen in Deutschland. In *Forum* 32 (1), pp. 12–16. DOI: 10.1007/s12312-016-0175-9.

Dillman, Don A. (1978): Mail and telephone surveys: the total design method. New York: Wiley & Sons.

Dilworth, Sophie; Higgins, Isabel; Parker, Vicki; Kelly, Brian; Turner, Jane (2014): Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. In *Psycho-oncology* 23 (6), pp. 601–612. DOI: 10.1002/pon.3474.

DIN Deutsches Institut für Normung e. V.: Qualitätsmanagementsysteme – EN ISO 9001:2015 für die Gesundheitsversorgung, revised Deutsche Fassung EN 15224: 2016. Source: Beuth, Berlin. In *Beuth, Berlin*.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3), p. 166. DOI: 10.2307/3348969.

Donabedian, Avedis (1980): Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.

Donabedian, Avedis (2005): Evaluating the quality of medical care. 1966. In *The Milbank quarterly* 83 (4), pp. 691–729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Dräger, Désirée Louise (2019): Psychosoziale Belastung durch Krebs. In *Uro-News* 23 (10), pp. 26–28. DOI: 10.1007/s00092-019-2381-0.

Dupont, William D.; Plummer, Walton D. (1990): Power and sample size calculations. In *Controlled Clinical Trials* 11 (2), pp. 116–128. DOI: 10.1016/0197-2456(90)90005-M.

Faller, Hermann; Olshausen, Barbara; Flentje, Michael (2003): Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. In *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 53 (5), pp. 229–235. DOI: 10.1055/s-2003-38864.

Faller, Hermann; Schuler, Michael; Richard, Matthias; Heckl, Ulrike; Weis, Joachim; Küffner, Roland (2013): Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. In *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 31 (6), pp. 782–793. DOI: 10.1200/JCO.2011.40.8922.

Faller, Hermann; Weis, Joachim; Koch, Uwe; Brähler, Elmar; Härter, Martin; Keller, Monika et al. (2016): Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. In *Journal of psychosomatic research* 81, pp. 24–30. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.12.004.

Fann, Jesse R.; Ell, Kathleen; Sharpe, Michael (2012): Integrating psychosocial care into cancer services. In *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 30 (11), pp. 1178–1186. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.7398.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Förderprojekte. Neue Versorgungsformen. Available online at <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/>, checked on 11/11/2020.

Goerling, Ute; Tagmat, Deniz; Muffler, Elvira; Schramm, Nancy; Wernecke, Klaus-Dieter; Schlag, Peter M. (2010): Practice and effectiveness of outpatient psycho-oncological counseling for cancer patients. In *Journal of Cancer* 1, pp. 112–119. DOI: 10.7150/jca.1.112.

Götze, Heide (2021): Psychische Spät- und Langzeitfolgen einer Krebserkrankung. In *Onkologe*. DOI: 10.1007/s00761-021-00924-9.

Greene, Jennifer C.; Caracelli, Valerie J.; Graham, Wendy F. (1989): Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. In *Educ Eval Policy Anal* 11 (3), pp. 255–274.

Greer, Joseph A.; Traeger, Lara; Bemis, Heather; Solis, Jessica; Hendriksen, Ellen S.; Park, Elyse R. et al. (2012): A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Patients with Terminal Cancer. In *The oncologist* 17 (10), pp. 1337–1345. DOI: 10.1634/theoncologist.2012-0041.

Grosse-Thie, C. (2021): Psychoonkologische Versorgung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren. In *MKG-Chirurg* 14 (1), pp. 23–28. DOI: 10.1007/s12285-020-00278-y.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Hagemeier, Anna; Samel, Christina; Hellmich, Martin (2022): The regression discontinuity design: Methods and implementation with a worked example in health services research. In *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 172, pp. 71–77. DOI: 10.1016/j.zefq.2022.04.014.

Haun, Markus W.; Sklenarova, Halina; Zimmermann-Schlegel, Verena; Herzog, Wolfgang; Hartmann, Mechthild (2018): Psychoonkologische Versorgung im ländlichen Raum : Ergebnisse einer Querschnittsbefragung zur Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote. In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (1), pp. 89–97. DOI: 10.1007/s00103-017-2656-0.

Heckl, U.; Singer, S.; Wickert, M.; Weis, J. (2011): Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. In *Nervenheilkunde* 30 (03), pp. 124–130. DOI: 10.1055/S-0038-1627780.

Heike, Glander; Schmies, Carmen; Schulte, Thomas (2020): Hinsehen: Psychosoziale Belastungen nach Krebs. In *Pflege* 73 (8), pp. 34–37. DOI: 10.1007/s41906-020-0759-y.

Hensen, Peter (Ed.) (2019): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis. Springer Fachmedien Wiesbaden. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden, Heidelberg: Springer Gabler (Lehrbuch). Available online at <http://www.springer.com/>.

Herschbach, P.; Mandel, T. (2011): Psychoonkologische Versorgung im Nationalen Krebsplan. In *Onkologie* 17 (12), pp. 1107–1114. DOI: 10.1007/s00761-011-2149-y.

Herschbach, Peter (2019): Psychoonkologie. In *Onkologie* 25 (S1), pp. 96–101. DOI: 10.1007/s00761-019-0597-y.

Hoagland, A. C.; Morrow, G. R.; Bennett, J. M.; Carnrike, C. L. (1983): Oncologists' views of cancer patient noncompliance. In *American journal of clinical oncology* 6 (2), pp. 239–244. DOI: 10.1097/00000421-198304000-00018.

IBM Corp. (2019): IBM SPSS Statistic for Windows. Version 28. Armonk, NY: IBM Corp.

Imbens, Guido W.; Lemieux, Thomas (2008): Regression discontinuity designs: A guide to practice. In *Journal of Econometrics* 142 (2), pp. 615–635. DOI: 10.1016/j.jeconom.2007.05.001.

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (2021): Bewertung der Programmadhärenz der Versorgungsform „integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO)“. Edited by Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie. Köln.

Institute of Medicine (2008): Cancer care for the whole patient. Meeting psychosocial health needs. Washington, DC: National Academies Press.

Issel, L. Michele (2014): Health program planning and evaluation. A practical, systematic approach for community health. 3. Aufl. Burlington Mass.: Jones and Bartlett Learning.

Issel, L. Michele; Wells, Rebecca (2017): Health Program Planning and Evaluation. A Practical, Systematic Approach for Community Health. 4th ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning LLC.

Jenniches, I.; Salm, S.; Cecon, N.; Pfaff, H.; Dresen, A. (2019): Externe Evaluation des Projektes isPO – integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie. Ergebnisbericht der prospektiven Evaluation. Universität zu Köln. Köln (Veröffentlichungsreihe des Instituts für

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln).

Jenniches, Imke; Lemmen, Clarissa; Cwik, Jan Christopher; Kusch, Michael; Labouvie, Hildegard; Scholten, Nadine et al. (2020): Evaluation of a complex integrated, cross-sectoral psycho-oncological care program (isPO): a mixed-methods study protocol. In *BMJ Open* 10 (3), e034141. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034141.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1988): Guide to Quality Assurance. Chicago.

Jones, Nicola; Jones, Harry; Steer, Liesbet; Datta, Ajoy (2009): Improving impact evaluation production and use. London: Overseas development institute (ODI). Available online at www.odi.org.uk/resources/download/3177.pdf.

Kaye, Deborah R.; Min, Hye Sung; Herrel, Lindsey A.; Dupree, James M.; Ellimoottil, Chad; Miller, David C. (2018): Costs of Cancer Care Across the Disease Continuum. In *The oncologist* 23 (7), pp. 798–805. DOI: 10.1634/theoncologist.2017-0481.

Kessler, Ronald C.; Chiu, Wai Tat; Demler, Olga; Merikangas, Kathleen R.; Walters, Ellen E. (2005): Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Archives of general psychiatry* 62 (6), pp. 617–627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617.

Köhler, N.; Götze, H.; Mehnert, A. (2015): Psychische Belastung und psychosoziale Unterstützung älterer Krebspatienten. In *Onkologie* 21 (6), pp. 518–522. DOI: 10.1007/s00761-014-2828-6.

Kowalski, Christoph; Ferencz, Julia; Singer, Susanne; Weis, Ilse; Wesselmann, Simone (2016): Frequency of psycho-oncologic and social service counseling in cancer centers relative to center site and hospital characteristics: Findings from 879 center sites in Germany, Austria, Switzerland, and Italy. In *Cancer* 122 (22), pp. 3538–3545. DOI: 10.1002/cncr.30202.

Krebs in Deutschland für 2013/2014 (2017). 11th ed. Berlin. Available online at <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3270/22EwGndhBfkPkE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, checked on 11/24/2020.

Krieger, T.; Salm, S.; Cecon, N.; Pfaff, Holger; Dresen, A. (2021): Ergebnisbericht der zweiten externen formativen Evaluation des Projekts isPO (FE 2.0). Universität zu Köln. Köln (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln, ISSN 2190-8257).

Krieger, Theresia; Salm, Sandra; Cecon, Natalia; Pfaff, Holger; Dresen, Antje (2020): Ergebnisbericht der externen formativen Evaluation des Projekts isPO. Universität zu Köln. Köln (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln, ISSN 2190-8257).

Kugler, Franziska; Schwerdt, Guido; Wößmann, Ludger (2014): Ökonometrische Methoden zur Evaluierung kausaler Effekte der Wirtschaftspolitik. In *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 15 (2), pp. 105–132. DOI: 10.1515/pwp-2014-0013.

Kuhnt, Susanne; Brähler, Elmar; Faller, Hermann; Härter, Martin; Keller, Monika; Schulz, Holger et al. (2016): Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. In *Psychotherapy and psychosomatics* 85 (5), pp. 289–296. DOI: 10.1159/000446991.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Künzler, A.; Zindel, A.; Znoj, H. J.; Bargetzi, M. (2010): Psychische Belastungen bei Krebspatienten und ihren Partnern im ersten Jahr nach Diagnosestellung. In *Praxis* 99 (10), pp. 593–599. DOI: 10.1024/1661-8157/a000122.

Kusch, M.; Labouvie, H.; Hein-Nau, B.; Schwarzkamp, U.; Wolf, J.; Hallek, M. (2014): Integrierte Psychoonkologie. Implementierung eines psychoonkologischen Versorgungsprogramms am Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn, Standort Köln. In *Deutsche medizinische Wochenschrift* 139 (46), pp. 2357–2360. DOI: 10.1055/s-0034-1387384.

Kusch, M.; Labouvie, H.; Schiewer, V.; Talalaev, N.; Cwik, J. C.; Bussmann, S. et al. (2022): Integrated, cross-sectoral psycho-oncology (isPO). a new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. In *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/s12913-022-07782-0.

Kusch, Michael (2009): *Versorgungspsychologie*. Tübingen: dgvtv.

Kusch, Michael; Labouvie, Hildegard; Hein-Nau, Birgitt (2013): *Klinische Psychoonkologie*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Kusch, Michael; Labouvie, Hildegard; Schiewer, Vera; Talalaev, Natalie; Cwik, Jan Christopher; Bussmann, Sonja et al. (2020 (submitted am 2020)): Integrated, cross-sectoral psycho-oncology (isPO): a new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. In *BMC Health Services Research*.

Lehmann-Laue, Antje (2019): (Un)sicherheiten in der Psychoonkologie. In *Onkologie* 25 (11), pp. 1009–1013. DOI: 10.1007/s00761-019-0643-9.

Leitlinienprogramm Onkologie (2014): *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*. Langfassung Version 1.1. Available online at <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>.

March, Stefanie; Antoni, Manfred; Kieschke, Joachim; Kollhorst, Bianca; Maier, Birga; Müller, Gabriele et al. (2018): Quo vadis Datenlinkage in Deutschland? Eine erste Bestandsaufnahme. In *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 80 (3), e20-e31. DOI: 10.1055/s-0043-125070.

Mariotto, Angela B.; Enewold, Lindsey; Zhao, Jingxuan; Zeruto, Christopher A.; Yabroff, K. Robin (2020): Medical Care Costs Associated with Cancer Survivorship in the United States. In *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 29 (7), pp. 1304–1312. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-19-1534.

Mayer, Simone; Teufel, Martin; Schaeffeler, Norbert; Keim, Ulrike; Garbe, Claus; Eigentler, Thomas Kurt et al. (2017): The need for psycho-oncological support for melanoma patients: Central role of patients' self-evaluation. In *Medicine* 96 (37), e7987. DOI: 10.1097/MD.0000000000007987.

Mayring, P.; Fenzl, T. (2014): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In Nina Baur, Jörg Blasius (Eds.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 543–556.

Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Mehnert, A. (2014): Psychoonkologie. In *Gynäkologe* 47 (6), pp.427–434. DOI: 10.1007/s00129-014-3388-y.

Mehnert, A.; Hartung, T. J. (2015): Psychoonkologische Versorgungsforschung. In *Der Nervenarzt* 86 (3), 258, 260-2, 264-5. DOI: 10.1007/s00115-014-4151-2.

Mehnert, A.; Hartung, T. J.; Friedrich, M.; Vehling, S.; Brähler, E.; Härter, M. et al. (2018): One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. In *Psycho-oncology* 27 (1), pp. 75–82. DOI: 10.1002/pon.4464.

Mehnert, A.; Schulz-Kindermann, F. (2016): Psychoonkologische Unterstützung für Patienten mit begrenzter Lebenserwartung. In *Forum* 31 (2), pp. 135–139. DOI: 10.1007/s12312-016-0035-7.

Mehnert, Anja (2011): Employment and work-related issues in cancer survivors. In *Critical reviews in oncology/hematology* 77 (2), pp. 109–130. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2010.01.004.

Mehnert, Anja; Koranyi, Susan (2018): Psychoonkologische Versorgung: eine Herausforderung. In *Deutsche medizinische Wochenschrift* 143 (5), pp.316–323. DOI: 10.1055/s-0043-107631.

Moore, Graham F.; Audrey, Suzanne; Barker, Mary; Bond, Lyndal; Bonell, Chris; Hardeman, Wendy et al. (2015): Process evaluation of complex interventions. Medical Research Council guidance. In *BMJ* 350, h1258. DOI: 10.1136/bmj.h1258.

Moscoe, Ellen; Bor, Jacob; Bärnighausen, Till (2015): Regression discontinuity designs are underutilized in medicine, epidemiology, and public health. A review of current and best practice. In *Journal of clinical epidemiology* 68 (2), pp. 122–133. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2014.06.021.

Moss, Brian G.; Yeaton, William H. (2006): Shaping Policies Related to Developmental Education: An Evaluation Using the Regression-Discontinuity Design. In *Educ Eval Policy Anal* 28 (3), pp. 215–229. DOI: 10.3102/01623737028003215.

Neumann, Melanie; Wirtz, Markus; Ernstmann, Nicole; Ommen, Oliver; Längler, Alfred; Edelhäuser, Friedrich et al. (2011): Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: an initial study using latent class analysis. In *Supportive care in cancer* 19 (8), pp. 1197–1209. DOI: 10.1007/s00520-010-0939-1.

Perepletchikova, Francheska (2011): On the Topic of Treatment Integrity. In *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association* 18 (2), pp. 148–153. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2011.01246.x.

Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In H. Pfaff (Ed.): *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*: Huber, pp. 13–23.

Pfaff, Holger; Nitzsche, Anika; Scheibler, Fülöp; Steffen, Petra (2009): *Der Kölner Patientenfragebogen für Brustkrebs (KPF-BK)*. Kennzahlenhandbuch. Universität zu Köln. Köln.

Pfaff, Holger; Steffen, Petra; Brinkann, Anne; Lütticke, Jürgen; Nitzsche, Anika (2004): *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF)*. Kennzahlenhandbuch. Edited by Universität zu Köln. Universität zu Köln. Köln.

Quan, Hude; Li, Bing; Couris, Chantal M.; Fushimi, Kiyohide; Graham, Patrick; Hider, Phil et al. (2011): Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. In *American journal of epidemiology* 173 (6), pp. 676–682. DOI: 10.1093/aje/kwq433.

Quan, Hude; Sundararajan, Vijaya; Halfon, Patricia; Fong, Andrew; Burnand, Bernard; Luthi, Jean-Christophe et al. (2005): Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. In *Medical care* 43 (11), pp. 1130–1139. DOI: 10.1097/01.mlr.0000182534.19832.83.

Ramsay, Kimberley; Ramsay, Judith; Main, David (2007): Both group peer counselling and individual counselling reduce anxiety and depression, and increase self-esteem and overall life satisfaction in palliative cancer care. In *Counselling Psychology Quarterly* 20 (2), pp. 157–167. DOI: 10.1080/09515070701240071.

Reinhold, T.; Andersohn, F.; Hessel, F.; Brüggjenjürgen, B.; Willich, S. (2011): Die Nutzung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zur Beantwortung gesundheitsökonomischer Fragestellungen – eine Potenzialanalyse. In *Gesundh ökon Qual manag* 16 (03), pp. 153–159. DOI: 10.1055/s-0029-1245615.

Robert Koch-Institut: Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland. Available online at <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/28oaKVmif0wDk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, checked on 3/15/2022.

Robert-Koch-Institut (2017): Zentrum für Krebsregisterdaten. Krebs in Deutschland für 2013/2014 (11. Ausgabe). Available online at https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2017/krebs_in_deutschland_2017.pdf;jsessionid=F2403ECE5FDAC900A7D8783650BDCAF8.1_cid390?__blob=publicationFile, checked on 2/25/2022.

Robert-Koch-Institut (2021): Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Coronavirus SARS-CoV-2 / Krankheit COVID-19. Available online at <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html;jsessionid=5DFCA9FCF37418B6F3A7DD32901CB36A.internet061?nn=13490888>, checked on 4/19/2022.

Salm, S.; Cecon, N.; Jenniches, I.; Pfaff, H.; Scholten, N.; Dresen, A.; Krieger, T. (2022): Conducting a prospective evaluation of the development of a complex psycho-oncological care programme (isPO) in Germany. In *BMC Health Services Research* 22, p. 531. DOI: 10.1186/s12913-022-07951-1.

Salm, Sandra; Mollenhauer, Judith; Hornbach, Carolin; Cecon, Natalia; Dresen, Antje; Houwaart, Stefanie et al. (2021): Participatory Development and Preliminary Psychometric Properties of the User-Friendly Patient Information Material Checklist (UPIM-Check). In *Int J Environ Res Public Health* 18 (16), p. 8773. DOI: 10.3390/ijerph18168773.

Sanders, Sharon L.; Bantum, Erin O.; Owen, Jason E.; Thornton, Andrea A.; Stanton, Annette L. (2010): Supportive care needs in patients with lung cancer. In *Psycho-oncology* 19 (5), pp. 480–489. DOI: 10.1002/pon.1577.

Sandoval, Guillermo A.; Brown, Adalsteinn D.; Sullivan, Terry; Green, Esther (2006): Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care. In *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 18 (4), pp. 266–274. DOI: 10.1093/intqhc/mzl014.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Sanson-Fisher, Rob; Girgis, Afaf; Boyes, Allison; Bonevski, Billie; Burton, Louise; Cook, Peter (2000): The unmet supportive care needs of patients with cancer. In *Cancer* 88 (1), pp. 226–237. DOI: 10.1002/(SICI)1097-0142(20000101)88:1<226::AID-CNCR30>3.0.CO;2-P.

Schembri, Sharon (2015): Experiencing health care service quality: through patients' eyes. In *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association* 39 (1), pp. 109–116. DOI: 10.1071/AH14079.

Schilling, Georgia (2019): Psychosoziale Versorgung für Langzeitüberlebende nach Krebs. In *Im Focus Onkologie* 22 (3), pp. 39–43. DOI: 10.1007/s15015-019-0106-6.

Schlette, Sophia; Lisac, Melanie; Blum, Kerstin (2009): Integrated primary care in Germany: the road ahead. In *International journal of integrated care* 9, e14. DOI: 10.5334/ijic.311.

Schrapppe, M., & Pfaff, H. (2017): Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In Matthias Schrapppe, Edmund A.M. Neugebauer, Gerd Glaeske, Holger Pfaff, Matthias Rothmund, Wilhelm Schwartz (Eds.): *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer Verlag, pp. 1–68.

Schreyögg, J.; Stargardt, T. (2012): Gesundheitsökonomische Evaluation auf Grundlage von GKV-Routinedaten. In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (5), pp. 668–674. DOI: 10.1007/s00103-012-1476-5.

Sharpe, Michael; Walker, Jane; Hansen, Christian Holm; Martin, Paul; Symeonides, Stefan; Gourley, Charlie et al. (2014): Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. In *The Lancet* 384 (9948), pp. 1099–1108. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61231-9.

Singer, S.; Hornemann, B.; Bruns, G.; Petermann-Meyer, A. (2016): Organisation der psychoonkologischen Versorgung. In *Forum* 31 (2), pp. 124–129. DOI: 10.1007/s12312-015-0032-2.

Singer, Susanne; Dieng, Sebastian; Wesselmann, Simone (2013): Psycho-oncological care in certified cancer centres--a nationwide analysis in Germany. In *Psycho-oncology* 22 (6), pp. 1435–1437. DOI: 10.1002/pon.3145.

Singer, Susanne; Hohlfeld, Sylvia; Müller-Briel, Daniel; Dietz, Andreas; Brähler, Elmar; Schröter, Katharina; Lehmann-Laue, Antje (2011): Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. In *Psychotherapeut* 56 (5), pp. 386–393. DOI: 10.1007/s00278-011-0859-7.

Statistisches Bundesamt: Krebs war 2019 für ein Viertel aller Todesfälle in Deutschland verantwortlich. Available online at https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/02/PD21_N010_231.html, checked on 5/28/2021.

Stefanek, M. (2010): Basic and Translational Psycho-Oncology Research. In Jimmie C. Holland (Ed.): *Psycho-oncology*. 2nd ed.: Oxford University Press, pp. 637–641.

Steven, Berenike; Lange, Lukas; Schulz, Holger; Bleich, Christiane (2019): Views of psycho-oncologists, physicians, and nurses on cancer care-A qualitative study. In *PloS one* 14 (1), e0210325. DOI: 10.1371/journal.pone.0210325.

Stockmann, Reinhard (2004): Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren. Saarbrücken (CEval-Arbeitspapier, 9). Available online at <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/11801/ssoar-2004->

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

stockmann-was_ist_eine_gute_evaluation.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2004-stockmann-was_ist_eine_gute_evaluation.pdf.

Stockmann, Reinhard (Ed.) (2007): Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung. Münster: Waxmann (Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, 6). Available online at <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8309-1766-3>.

Sutherland, G.; Hill, D.; Morand, M.; Pruden, M.; McLachlan, S-A (2009): Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. In *European Journal of Cancer Care* 18 (6), pp. 577–584. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2008.00932.x.

Thastum, Mikael; Munch-Hansen, Anne; Wiell, Anne; Romer, Georg (2006): Evaluation of a focused short-term preventive counselling project for families with a parent with cancer. In *Clinical child psychology and psychiatry* 11 (4), pp. 529–542. DOI: 10.1177/1359104506067875.

Thewes, Belinda; Kaal, Suzanne E. J.; Custers, Jose A. E.; Manten-Horst, Eveliene; Jansen, Rosemarie; Servaes, Petra et al. (2018): Prevalence and correlates of high fear of cancer recurrence in late adolescents and young adults consulting a specialist adolescent and young adult (AYA) cancer service. In *Supportive care in cancer* 26 (5), pp. 1479–1487. DOI: 10.1007/s00520-017-3975-2.

Tremblay, Dominique; Roberge, Danièle; Berbiche, Djamel (2015): Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. In *BMC Health Services Research* 15, p. 425. DOI: 10.1186/s12913-015-1104-9.

Trojan, Alf; Süß, Waldemar (2020): Vermitteln und Vernetzen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Ed.): Alphabetisches Verzeichnis.

Tuffaha, Haitham; El-Saifi, Najwan; Chambers, Suzanne; Scuffham, Paul (2019): New challenges in psycho-oncology: Economic evaluation of psychosocial services in cancer: Challenges and best practice recommendations. In *Psycho-oncology* 28 (1), pp. 3–10. DOI: 10.1002/pon.4933.

Überprüfung der Versorgungsintegrität innerhalb des isPO-Versorgungsprogramms. (o.D.).

Vaganian, Lusine; Bussmann, Sonja; Gerlach, Alexander L.; Kusch, Michael; Labouvie, Hildegard; Cwik, Jan C. (2020): Critical consideration of assessment methods for clinically significant changes of mental distress after psycho-oncological interventions. In *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 29 (2), e1821. DOI: 10.1002/mpr.1821.

Venkataramani, Atheendar S.; Bor, Jacob; Jena, Anupam B. (2016): Regression discontinuity designs in healthcare research. In *BMJ* 352, i1216. DOI: 10.1136/bmj.i1216.

Walker, Jane; Hansen, Christian Holm; Martin, Paul; Symeonides, Stefan; Ramessur, Ravi; Murray, Gordon; Sharpe, Michael (2014): Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. In *The lancet. Psychiatry* 1 (5), pp. 343–350. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70313-X.

Walker, Jane; Postma, Kirstine; McHugh, Gillian S.; Rush, Robert; Coyle, Brian; Strong, Vanessa; Sharpe, Michael (2007): Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. In *Journal of psychosomatic research* 63 (1), pp. 83–91. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.01.009.

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Weck, Florian; Bohn, Christiane; Ginzburg, Denise M.; Stangier, Ulrich (2011): Behandlungsintegrität: Implementierung, Messung, Evaluation und Zusammenhänge zum Therapieerfolg. In *Verhaltenstherapie* 21 (2), pp. 99–107. DOI: 10.1159/000328840.

Weis, J.; Giesler, J. M. (2016): Standards in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten. In *Onkologie* 22 (3), pp. 198–205. DOI: 10.1007/s00761-015-2938-9.

Weis, J.; Giesler, J. M. (2017): Versorgungsforschung in der Psychoonkologie. In *Onkologie* 23 (11), pp. 893–899. DOI: 10.1007/s00761-017-0278-7.

Weis, Joachim; Brähler, Elmar (Eds.) (2013): Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Weis, Joachim; Hönig, Klaus; Bergelt, Corinna; Faller, Hermann; Brechtel, Anette; Hornemann, Beate et al. (2018): Psychosocial distress and utilization of professional psychological care in cancer patients: An observational study in National Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Germany. In *Psycho-oncology* 27 (12), pp. 2847–2854. DOI: 10.1002/pon.4901.

Westfall, John M.; Mold, James; Fagnan, Lyle (2007): Practice-based research--"Blue Highways" on the NIH roadmap. In *JAMA* 297 (4), pp. 403–406. DOI: 10.1001/jama.297.4.403.

Wilmers, Fabian; Munder, Thomas; Leonhart, Rainer; Herzog, Thomas; Plassmann, Reinhard; Barth, Jürgen; Linster, Hans Wolfgang (2008): Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR). Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. In *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1 (3), pp. 343–358.

World Health Organization (Ed.) (2020): WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Genf. Available online at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>, checked on 11/24/2020.

Yeaton, William H.; Sechrest, Lee (1981): Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49 (2), pp. 156–167. DOI: 10.1037/0022-006X.49.2.156.

Zeissig, Sylke Ruth; Singer, S.; Koch, Lena; Blettner, Maria; Arndt, Volker (2015): Häufigkeit und Prädiktoren der Inanspruchnahme von Krebsberatungsstellen und psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus bei Brust-, Darm-und ...

Zimmermann-Schlegel, Verena; Hartmann, Mechthild; Sklenarova, Halina; Herzog, Wolfgang; Haun, Markus W. (2017): Accessibility, Availability, and Potential Benefits of Psycho-Oncology Services: The Perspective of Community-Based Physicians Providing Cancer Survivorship Care. In *The oncologist* 22 (6), pp. 719–727. DOI: 10.1634/theoncologist.2016-0245.

6. Anhang

Anhang 1: Evaluationsfragen und Stellungnahmen isPO-Teilprojekt 1

Anhang 2: Evaluationsfragen und IMVR-Stellungnahme isPO-Teilprojekt 2

Anhang 3: Bewertungsmatrix zur Produktevaluation (Beispiele)

Anhang 4: Prüf szenarien zur Produktevaluation

Anhang 5: Prüf szenarien zur Evaluation von CAPSYS²⁰²⁰

Akronym: isPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

Anhang 6: Inhalte des Patient:innenfragebogens I

Anhang 7: Inhalte des Patient:innenfragebogens II

Anhang 8: Inhalte des Mitarbeiter:innen- und isPO-Onkolots:innenfragebogens I

Anhang 9: Inhalte des Mitarbeiter:innen- und isPO-Onkolots:innenfragebogens II

Anhang 10: Inhalte des Fragebogens für onkologisches Klinikpersonal

Anhang 11: Leitfaden zu den Patient:inneninterviews

Anhang 12: Kategoriensystem zur Auswertung der Patient:inneninterviews

Anhang 13: Externe Stellungnahme des Konsortialpartners Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V.

Anhang 14: Ergänzung zur externen Stellungnahme des Konsortialpartners Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V.

Anhang 15: Leitfaden zu Interviews mit leitenden Psychoonkolog:innen

Anhang 16: Kategoriensystem zur Auswertung der Interviews mit leitenden Psychoonkolog:innen

Anhang 17: Leitfaden zu den Fokusgruppen mit Versorgenden (netzwerkübergreifend)

Anhang 18: Kategoriensystem zur Auswertung der Fokusgruppe mit Versorgenden (netzwerkübergreifend)

Anhang 19: Leitfaden zu den Fokusgruppen mit Leitungspersonen

Anhang 20: Kategoriensystem zur Auswertung der Fokusgruppe mit Leitungspersonen

Anhang 21: Leitfaden zu den Einzelinterviews und der Fokusgruppe mit isPO-Onkolots:innen

Anhang 22: Kategoriensystem zur Auswertung der Einzelinterviews und der Fokusgruppe mit isPO-Onkolots:innen

Anhang 23: Variablenliste CAPSYS

Anhang 24: Ergänzungen zu den Ergebnisse der summativen Evaluation

Anhang 25: Anzahl und Kosten der abgerechneten Onkologika

Anhang 26: Multivariable Regression - Einfluss der PT-Gespräche auf die Änderung des HADS

Anhang 27: Multivariable Regression - Einfluss der PSF-Gespräche auf die Änderung des HADS

Anhang 28: Univariate Regression – Einfluss der einzelnen Module auf die Änderung des HADS

7. Anlagen

Nicht zutreffend.

Anhang 1: Evaluationsfragen und Stellungnahmen isPO-Teilprojekt 1

Evaluationsfragen zum isPO-Teilprojekt 1

Welche Ergebnisse hat TP1 für Patient*innen in Bezug auf den Transfer von isPOflex in die Regelversorgung erbracht?

Klinik I für Innere Medizin

isPOflex-Konzeptebene: Einzelmodulär (Beitrag A):

Die nVF-isPO ist eine neue Versorgungsform, welche aus sechs miteinander verbundenen Komponenten besteht (Kusch et al., 2022¹). Anhand dieser Komponenten ist es möglich eine nVF-isPO für jede der drei Versorgungsstufen der nVF-isPO zu erstellen.

- isPO-Einzelmodul 1: isPO-Onkolog*in
 - isPO-Einzelmodul 2: isPO-Psychosoziale Versorgung
 - isPO-Einzelmodul 3: isPO-Psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung
- Damit kann gewährleistet werden, dass sich die einzelmoduläre Form der nVF-isPO die Patient*innenversorgung in gleicher Versorgungsqualität erbringen lassen, wie es die im isPO-Projekt entwickelte, implementierte und evaluierte nVF-isPO erlaubt.

Jedes dieser einzelnen isPO-Module kann somit für sich allein genommen potentiell in die Regelversorgung übertragen werden, sofern sie die Anforderungen an die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse erfüllen können und auch das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wird.

Wie im Beitrag A dargelegt, sind die Module der einzelmodulären nVF-isPOflex nicht miteinander verknüpft. Dies erlaubt eine standortbezogene Flexibilisierung der nVF-isPO Versorgung, verhindert jedoch eine Versorgung, bei welcher die Leistung dem*der Krebspatient*in folgt. Auch wenn jedes Modul in seinem Case Management-Anteil eine Überwachung der psychosozialen Belastung des*der Patient*in erfordert, was durch die wiederholten psychometrischen Untersuchungen zu den Zeitpunkten T2 und T3 realisiert wird, folgt diesem Belastungsscreening im einzelmodulären Ansatz lediglich eine „Empfehlung zur Inanspruchnahme“ psychosozialer Versorgungsangebote, jedoch keine spezielle „Indikationsstellung mit Zuweisung“ zu weiteren Leistungserbringer*innen.

Krebspatientinnen und Krebspatienten könnten somit in Einrichtungen des ambulanten und stationären Gesundheitssektors des deutschen Gesundheitswesens Leistungen vergleichbarer Versorgungsqualität in Anspruch nehmen, die als notwendig, ausreichend und zweckmäßig angesehen würden und unter Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit erbracht würden, jedoch nicht dem Patienten folgen und nicht intermodulär kombinierbar wären.

isPOflex-Konzeptebene: Intermodulär (Beitrag B):

Anhand der Versorgungskomponenten der nVF-isPO ist es möglich, die Versorgungsqualität einer intermodulären Verknüpfung der einzelnen isPO-Module (nVF-isPOflex: Einzelmodulär*) sowie deren intermodulare Erbringung (durch

¹ Kusch, M. et al. (2022). Integrated, cross-sectoral psycho-oncology (isPO): a new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. BMC Health Services Research. BMC Health Services Research (accepted 15.03.2022).

unterschiedliche Leistungserbringer*innen an unterschiedlichen Versorgungsstandorten) sicherzustellen und das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Insbesondere die Konzeption einer an Leistungsfunktionen gebundenen Leistungserbringung erlaubt es z.B. Doppeluntersuchungen zu vermeiden und einer Über-, Unter und Fehlversorgung entgegenzuwirken.

Sowohl der einzelmodulare Ansatz als auch der intermodulare Ansatz der Leistungserbringung zeigen, dass sich die psychoonkologischen Versorgungsangebote und deren Erbringung konsequent an den „Patient*innenflüssen“ der biomedizinischen Krebstherapie und der Krebsnachsorge ausrichten, d.h. an dem Ort angeboten werden können, an welchem sich eine Krebspatientin und ein Krebspatient im Verlauf ihrer Krebserkrankung befinden. Auch wenn im einzelmodulären Ansatz die Komponenten der stufenbezogenen Leistungsverknüpfung fehlt, so erhalten die Patient*innen dennoch Leistungen vergleichbarer Versorgungsqualität, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Die Idee „Die Leistung folgt dem*der Patient*in“ kann nur durch die intermodulären Konzeptionen der nVF-isPOflex realisiert werden.

Beratungsbüro für Medizininformatik/eHealth

IT-technische Beurteilung (Beitrag C):

Die Mobilität bzw. der Ortswechsel stellt nun für Patient*innen und ihre Versorgung kein Hindernis mehr dar und es kann eine hohe Qualität der „Continuity of Care“ gewährleistet werden. Durch den Aktentransfer in andere Netzwerke wissen dort die entsprechenden Akteure, „was war, was ist und was sein soll“ und können die Versorgung bzw. Betreuung bruchlos fortsetzen. Patient*innen fühlen sich so besser versorgt, betreut und gut aufgehoben.

Darüber hinaus kann mit einem solchen Lösungsansatz einrichtungsübergreifend die Patientenorientierung und individualisierte zielgenaue Versorgung und Betreuung weitaus besser abgewickelt werden, als dies heute durch die vielen Informationsinseln in den verschiedenen Einrichtungen der Fall ist. Dies dürfte positive Auswirkungen auf den Outcome haben und kommt direkt den Patient*innen zugute.

Kanzlei michels.pmks Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Rechtliche Beurteilung (Beitrag D):

Diese Frage muss aus fachlicher Sicht beantwortet werden. Einen rechtlichen Beitrag kann hierzu nicht geleistet werden.

Welche Ergebnisse hat TP1 für die Versorgungseinrichtungen in Bezug auf den Transfer von isPOflex in die Regelversorgung erbracht?

Klinik I für Innere Medizin

isPOflex-Konzeptebene: Einzelmodulär (Beitrag A):

Aus konzeptioneller Perspektive müssten Versorgungseinrichtungen, die eine oder mehrere einzelne Module der einzelmodulären nVF-isPOflex implementieren wollten, das IT-System CAPSYS nutzen, sofern dieses Dokumentations- und Assistenzsystem elementarer Bestandteil der Versorgungskomponenten jeder einzelmodulären Versorgungsform von isPOflex wäre.

Entsprechend der im isPO-Projekt realisierten Vorgehensweise könnten den Versorgungseinrichtungen die einzelmoduläre Versorgungsform in voll digitalisierter Form verfügbar gemacht werden, so dass jeder Institution und jedem*r Leistungserbringer*in sämtliche zur Dokumentation, zum Management sowie zur Abrechnung erforderlichen Instrumente, Materialien, Unterlagen und Informationen zur Verfügung stehen würden.

Eine horizontale Kooperation und Koordination über Versorgungseinrichtungen hinweg ist im einzelmodulären Ansatz von isPOflex nicht vorgesehen.

isPOflex-Konzeptebene: Intermodulär (Beitrag B):

Um das Prinzip der Verfügbarkeit einer digitalisierten Form der nVF-isPOflex allen an einem Versorgungspfad (s. Beitrag B, Szenarien und Fallbeispiele) beteiligten Institutionen und Leistungserbringer*innen sicherstellen zu können, müssten sich Versorgungseinrichtungen einem „*einrichtungsübergreifenden Prinzip der psychoonkologischen Versorgung*“ verschreiben. Hierbei würden die Einrichtungen ein vorgehaltenes psychoonkologisches Versorgungsangebot im Leistungsfall nicht wie bislang praktiziert „*als Ganzes*“ erbringen, sondern in Form eines:

- „*clinical point of care*“ (the point in time when clinicians deliver healthcare products and services to patients at the time of care) oder einer
- „*episode of care*“ (all services provided to a patient with a medical problem within a specific period of time across a continuum of care within an integrated system²). Dabei sollten die „*richtigen Leistungen*“ zum „*richtigen Zeitpunkt*“ am „*richtigen Ort*“ in „*richtiger Form*“ erbracht werden können, und zwar nicht abhängig von der Perspektive einer Versorgungseinrichtung oder eines*r Leistungserbringer*in, d.h. davon, wo der Ort der Leistungserbringung ist, und teilweise auch davon, welche Expertise, Erfahrung und Neigung ein Leistungserbringer hat, sondern davon, welchen Ort der*die Patient*in aufgrund seiner (Krebs-)Erkrankungs- und (Krebs-)Therapiephase benötigt, sowie seiner Präferenzen wünscht.

Die intermoduläre Konzeption von der nVF-isPOflex kann dies ermöglichen, auch wenn damit verbundene Herausforderungen an die beteiligten Versorgungseinrichtungen erheblich sind, insbesondere was den versorgungstechnischen und klinischen Perspektivenwechsel betrifft.

Beratungsbüro für Medizininformatik/eHealth

IT-technische Beurteilung (Beitrag C):

Durch eine mögliche Modularisierung von CAPSYS können nun auch Versorgungseinrichtungen die nur Teile des isPO-Programmes anbieten (können) ebenfalls CAPSYS gut nutzen und alle Aspekte der Organisation, Dokumentation, der Statistiken und ggf. Abrechnung und der Qualitätssicherung nutzen.

Die prozessorientierte Struktur von CAPSYS die den administrativen und klinischen Verlauf der durchgeführten Maßnahmen lückenlos dokumentieren lässt, können alle berechtigten Benutzer einerseits einen guten Überblick zur Versorgung/Betreuung erhalten und gleichzeitig kann daraus automatisiert die notwendige Abrechnung ohne weiteren administrativen Aufwand generiert werden. Versorgungseinrichtungen können nun auch in größeren Kontexten und geographisch verteilten Versorgungsregionen und -settings gut zusammenarbeiten.

² FarlexPartner Medical Dictionary © Farlex 2012

Kanzlei michels.pmks Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Rechtliche Beurteilung (Beitrag D):

Die bereits zugelassenen Leistungserbringer*innen können bereits jetzt am isPOflex Konzept teilnehmen und ihre klinischen Leistungen in diesem Rahmen erbringen und abrechnen. Die bislang nicht zugelassenen Leistungserbringer*innen für die klinischen Leistungen könnten durch entsprechende Ergänzungen des SGB V und den nachgeordneten Regelungen in die Regelversorgung überführt werden.

Zur Vollständigkeit des isPOflex-Konzeptes ist es jedoch erforderlich, auch die übergreifenden und verbindenden administrativen Funktionen zu nutzen. Diese sind in der bisherigen Regelversorgung nach dem SGB V nicht vorgesehen. Auch ist eine Übertragung dieser Funktionen in die Regelversorgung nicht ohne weiteres möglich. Zu den Einzelheiten wird auf die rechtlichen Ausführungen verwiesen.

Welche Ergebnisse hat TP1 für das Gesundheitswesen in Bezug auf den Transfer von isPOflex in die Regelversorgung erbracht?

Klinik I für Innere Medizin

isPOflex-Konzeptebene: Einzel- und intermodulär (Beiträge A&B):

Die nVF-isPO ist eine Versorgungsform, die über die bisherige Regelversorgung hinausgeht und nebeneinander bestehende psychoonkologische Versorgungsformen und ärztliche sowie psychoonkologisch tätige Leistungserbringer*innen im stationären und ambulanten Sektor der Krebstherapie und Krebsnachsorge miteinander integriert.

Diese sektorenübergreifende Integration kommt in den sechs Versorgungskomponenten der nVF-isPO in einer Form zum Ausdruck, welche die klinische Qualität (s. auch Abb. 1) und die formal-administrative Qualität verbindet.

Die Patient*inneninformation durch von Krebs betroffene langzeitüberlebende Personen (Versorgungsstufe 1: isPO-Onkolotsen), die Patient*innenberatung und -unterstützung durch psychosoziale Fachkräfte (Versorgungsstufe 2: psychosoziale Versorgung) sowie die Patient*innenbehandlung und -begleitung durch psychoonkologisch qualifizierte, approbierte Psychotherapeut*innen (Versorgungsstufe 3: psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung) ausgerichtet an dem Verlauf einer Krebserkrankung, -therapie und -nachsorge erfordert ein konzertiertes Miteinander der verschiedensten Leistungserbringer*innen und leistungserbringenden Einrichtungen.

Die entsprechenden Modelle einer vertikalen und horizontalen Koordination und Kooperation sind den Szenarien und Fallbeispielen des Beitrages B verdeutlicht.

Ein solches Miteinander wird durch ein weitgehend evidenzgestütztes, versorgungsstufen-bezogenes Konzept begründet (s. Abb. 1, V1) und findet in klinischen und formal-administrativen Versorgungspfaden (s. Abb. 1, V2) seinen Ausdruck.

Die Implementierung und Umsetzung dieser evidenzgestützten, auf klinischen und formal-administrativen Versorgungspfaden ausgerichteten psychoonkologischen Patient*innenversorgung bedarf klarer Regelungen zur vertikalen und horizontalen Kooperation der beteiligten Leistungserbringer*innen einer oder mehrerer

Versorgungseinrichtungen. Diese kommt in einem psychoonkologischen Versorgungsnetzwerk zum Ausdruck (s. Abb. 1, V3). Insbesondere das Organigramm des Netzwerkes mit den auf jede Position bezogenen Aufgaben und Befugnisse regelt diese Kooperation und Koordination im alltagspraktischen Versorgungsgeschehen. Die Aufgaben und Befugnisse sind in den auf den Versorgungspfad bezogenen klinischen und formal-administrativen Auswahl- und Ausführungsempfehlungen sowie den auf den Versorgungsauftrag (Versorgungsvertrag) bezogenen formal-administrativen Verfahrensanweisungen (SOP's) spezifiziert (Versorgungsmanagement; s. Abb. 1, V4). Jede Empfehlung und Anweisung enthält operationalisierte Aussagen zu konkreten Umsetzungsschritten und den dafür heranzuziehenden Materialien und Dokumenten. Zur Bereitstellung sämtlicher Unterlagen sowie zur Leistungserfassung und Versorgungsdokumentation werden digitale Hilfsmittel (Versorgungstelematik, s. Abb. 1, V5) verwendet, wie es das „*Computerbasierte Assistenzsystem: Psychoonkologie*“ CAPSYS²⁰²⁰ darstellt. CAPSYS²⁰²⁰ ist dabei nicht allein ein System zur Dokumentation der klinischen und formal-administrativen Leistungserbringung (CAPSYS²⁰²⁰-Doku) sowie zur Bereitstellung sämtlicher für die Leistungserbringung erforderlichen Materialien, Unterlagen und Dokumente, sondern dient auch der Versorgungssteuerung sowie der Versorgungsevaluation (CAPSYS²⁰²⁰-Assist). Die Unterlagen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie die IT-technische Unterstützung einrichtungsinterner Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qualitätszirkel), sind ebenfalls Elemente der nVF-isPO, die im IT-System CAPSYS²⁰²⁰ integriert sind (s. Abb. 1, V6).

Die dargelegte Komplexität der nVF-isPO macht es erforderlich, dieser Versorgungsform eine übergeordnete Organisation und „Managementstruktur an die Seite zu stellen. Ein entsprechendes „*zentrales Versorgungsmanagement*“ ist bereits im isPO-Projekt erprobt worden und wird im isPO-Teilprojekt 2 (Weiterentwicklung des isPO-Onkolotsenansatzes) am Beispiel einer denkbaren, flächendeckenden Umsetzung des isPO-Onkolotsenansatzes diskutiert.

Mit Einführung von isPOflex in das deutsche Gesundheitswesen sind enorme Herausforderungen verbunden, die an dieser Stelle kaum gewürdigt werden können. Mit der Einführung würden jedoch folgende Probleme in der psychoonkologischen aktuellen Versorgungslandschaft gelindert oder gar beseitigt.

- *Zersplitterung des Leistungsgeschehens*: Die intermoduläre Konzeption von isPOflex (Beitrag B) stellt dar, dass die an einer Versorgungskette beteiligten Versorgungssektoren, leistungserbringenden Einrichtungen sowie Versorgungsprozesse in einer zugrundeliegenden, einheitlichen Versorgungsform (nVF-isPOflex) geordnet abgebildet werden können und somit eine Zersplitterung von leistungs anbietenden Einrichtungen und des Leistungsangebotes gelindert, wenn nicht gar verhindert werden kann.
- *Über-, Unter und Fehlversorgung*: Die intermoduläre Konzeption von isPOflex (Beitrag B) legt explizit dar, wie Doppeluntersuchungen, Fehlzweisungen, Parallelbehandlungen und eine Nicht-Behandlung („*lost in transition*“) zu vermeiden wären.
- *Induzierte und verfehlte Inanspruchnahme*: Die intermoduläre Konzeption von isPOflex (Beitrag B) legt explizit dar, wie durch die systematische Einführung der Case Management-Funktionen des Assessments, Monitorings und Evaluation (Früherkennungs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen), insbesondere durch eine Kombination aus patient*innenorientierten und professionellen Problem- bzw. Belastungseinschätzungen, die induzierte Indikation („*Ein Patient erhält Leistungen allein aus dem Grunde, da er sie nachfragt!*“) und unterlassene Leistungsangebote („*Ein Patient erhält keine Leistungen, da nicht informiert bzw. nicht zugewiesen wird!*“) verhindert werden.

- *Evidenzbasierung und fachlich gebotene Qualität:* Die Komplexität der Anforderungen an die „klinische Qualität“ bzw. die Erarbeitung und Pflege eines Versorgungsangebotes, welches die Anforderung an eine dem „*allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung*“ (§ 70 SGB V) erfüllt, kann kaum mehr durch einzelne Versorgungseinrichtungen erfüllt werden; selbst dann nicht, wenn nationale Leitlinien vorgegeben werden, da diese mit rechtlichen Vorgaben in Deckung zu bringen sind und von der Einrichtung ein „*local tailoring*“ der evidenzbasierten Empfehlungen erfordern. Zudem ist es den einzelnen Kliniken und Leistungserbringer*innen kaum möglich, ihre Versorgungskonzeptionen stetig auf dem aktuellen Stand der Erkenntnisse zu halten.

Gleiches gilt für den Aspekt der „*fachlich gebotene[en] Qualität*“ der Umsetzung von klinischer, d.h. psychoonkologischer Evidenz. Auf Ebene der Versorgungseinrichtungen ist es kaum realisierbar, eine Evidenz und Qualität der Leistungserbringung zu spezifizieren; schon gar nicht, wenn diese auch flächendeckend in vergleichbarer Form zu erbringen sein soll. Mit der in der nVF-isPO und in isPOflex vorliegenden Konzeption des Versorgungsmanagements (Handlungsempfehlungen und Handlungsanweisungen) kann beides realisiert werden; eine lokal darlegungsfähige klinische (und formal-administrative) Versorgungsqualität, sowie deren flächendeckende Sicherstellung.

- *Notwendige und ausreichende Versorgung:* Wenn eine zu erbringende Leistung notwendig, d.h. objektiv erforderlich sein soll, um das gewünschte Behandlungsziel zu erreichen, und wenn sie ausreichen soll, um dieses Ziel sowohl für die gesamte Gruppe der Krebspatient*innen, wie auch für den Einzelnen zu erreichen, muss deren „*klinische Qualität*“ gesichert sein.

Da „*klinische Qualität*“ nicht allein populationsbezogen ausgerichtet ist, sondern auch eine ausreichende Versorgung des*r einzelnen Krebspatient*in einschließt (individuumbezogener Ansatz), muss die zugrunde gelegte Versorgungsform beiden Ansätzen entsprechen.

Im Nationalen Krebsplan ist diese Erfordernis mit dem Satz verbunden: „*Alle Krebspatient*innen erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.*“

Eine, am individuellen Bedarf ausgerichtete Versorgung, die *allen Krebspatient*innen*, bei einer jährlichen Inzidenz von knapp 500.000 Krebsneuerkrankungen, eine angemessene Versorgung anbieten soll, und bei der es zudem im Verlaufe einer Krebserkrankung und Krebstherapie zu Änderungen des „*objektiven*“ Versorgungsbedarfes kommt, benötigt eine Kombination aus populationsbezogenen und individuumbezogenen Ansätzen.

Die intermoduläre Konzeption von isPOflex (Beitrag B) sieht in diesem Zusammenhang den Einsatz psychometrischer Verfahren (selektive Diagnostik und Indikation) sowie einer klinischen Schweregradbeurteilung (differentielle Diagnostik und Indikation) der Bedarfsermittlung vor, die wiederholt zu definierten Zeitpunkten im Versorgungsverlauf durchgeführt wird. Folgen dabei die Leistungen dem*r Patient*in, d.h. werden die zentralen diagnostischen Informationen mit den Patient*innenflüssen über Einrichtungen und Leistungserbringer hinweg weitergegeben, so sind alle relevanten Informationen an jedem „*point of care*“ verfügbar und eine Über-, Unter- und Fehlversorgung wird vermieden. Die hierfür erforderlichen Technologien können nur in einem zentralisierten Versorgungsmanagement entwickelt, vorgehalten und gepflegt werden.

- *Zweckmäßige Versorgung:* Um eine zu erbringende Leistung im Hinblick auf das konkrete Behandlungsziel geeignet, zweckdienlich und zweckentsprechend zu

gestalten, sind die Gesundheitsergebnisse der psychoonkologischen Versorgung (im Voraus) festzulegen und in einem Versorgungskonzept (s. Abb. 1. Versorgungskomponente 1) und einer Versorgungsplanung (s. Abb. 1. Versorgungskomponente 2) zu spezifizieren. Diese Ziele lassen sich in einem rein individuumsbezogenen Versorgungsansatz nicht vorschreiben, jedoch populationsbezogen als anzustrebende Durchschnittswerte aus klinischen Studien ableiten.

Im isPO-Projekt sind diesbezüglich enge Abstimmungen zwischen der Vertragsentwicklung und der Entwicklung der Versorgungskonzeption erfolgt. Es sind sowohl empirisch fundierte Schwellenwerte für die Indikationsentscheidung vorgelegt worden als auch angestrebte Effektgrößen angedacht worden, wie sie sich aus den Aspekten der „*minimal important difference*“ (individuumsbezogen) und der „*clinical significance*“ ergeben. Dieses Vorgehen erlaubte es, eine nVF zu entwickeln und vertraglich abzusichern, die an (vor-)definierten Gesundheitszielen ausgerichtet wäre, deren Zielerreichung zugleich durch den gewählten Assessment-Ansatz (psychometrischen Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen) überprüfbar gemacht würde, und die als angestrebte Zielgröße Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung steuern würde.. Eine derart ausgerichtete Versorgungsform, die durch deren vertragliche Fixierung durch die verschiedenen, an der Vertragsumsetzung beteiligten Institutionen umgesetzt werden soll, erfordert es, allen Vertragsparteien die gleichen Versorgungsmaterialien, Unterlagen und Dokumente bereitzustellen und die Vertragsumsetzungen und Zielerreichung zu begleiten, zu monitoren, sowie abzusichern; ein Vorhaben, welches kaum durch die einzelnen leistungserbringenden Institutionen und Krankenkassen zu realisieren ist.

Wirtschaftliche Versorgung: Sollen Therapeut*innen mit den geringsten Mitteln den größtmöglichen Behandlungserfolg erzielen, so benötigen sie klinisch erprobte, wirksame und praxistaugliche Instrumente. Soll diese Versorgung dem „*Patienten folgen*“, so müssen die Instrumente in einer „*rationalen*“ Versorgungskette effizient miteinander verzahnt werden. Die isPOflex-Konzeption zeigt dieses Rational auf.

Insgesamt ist mit der nVF-isPO sowie mit der nVF-isPOflex eine Konzeption vorgelegt worden, die ohne ein zentralisiertes Versorgungsmanagement kaum zu realisieren sein wird.

Beratungsbüro für Medizininformatik/eHealth

IT-technische Beurteilung (Beitrag C):

Es konnte gezeigt werden, dass prinzipiell durch ein parametrierbares und prozessorientiertes Informationssystem, das auch verteilt in der Fläche genutzt und interoperabel ist, die „*Continuity of Care*“ und damit die bruchlose hochqualitative Versorgung von Patient*innen unterstützt – ja genau genommen erst gewährleistet – werden kann. Durch die generische und parametrierbare Grundstruktur von CAPSYS ist es auch möglich, diese für andere Versorgungsprozesse und damit -formen in gleicher Weise einzusetzen. Für das Gesundheitswesen eröffnen sich daraus völlig neue Perspektiven, da neben der patientenmoderierten EPA ein prozessorientiertes System für die Leistungserbringer zur Verfügung steht, dass einerseits alle Versorgungsteilprozesse integrieren bzw. verzahnen kann und durch die beinhaltete Behandlungsplanungskomponente auch ein echtes Case-Management unterstützt, bei dem die geplante Behandlung inForm der Maßnahmen sowohl inhaltlich als auch zeitbezogen beinhaltet sein kann, und nicht nur die retrospektive Dokumentation. Darüber hinaus wird dadurch implizit auch die enthaltene Patientenakte sukzessive

gefüllt und fortgeschrieben. Mit einem Solchen Lösungsansatz lässt sich einrichtungsübergreifend die Patientenorientierung und individualisierte zielgenau Versorgung weitaus besser abwickeln, was auch Effizienzeffekte und ökonomische Effekte insgesamt für die Gesellschaft hat. Wichtig ist aber hier auch, dass der Behandlungsergebnis verbessert werden kann, was für die Betroffenen sehr wichtig ist.

Kanzlei michels.pmks Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Rechtliche Beurteilung (Beitrag D):

Auch diese Frage muss aus fachlicher Sicht beantwortet werden. Aus rechtlicher Sicht kann lediglich darauf hingewiesen werden, dass viel dafür spricht, dass der übergeordnete und verbindende Aspekt des isPOflex-Konzeptes, der leistungserbringer*innen- und sektorenübergreifenden Charakter aufweist, eine sinnvolle und wesentliche Weiterentwicklung des heutigen Systems der Regelversorgung anstoßen könnte.

Welche förderlichen und hemmenden Faktoren wurden jeweils erkennbar?

Klinik I für Innere Medizin

isPOflex-Konzeptebene: Einzel- und intermodulär (Beiträge A&B):

Die einzelmoduläre Konzeption von isPOflex erlaubt es, Krebspatienten unabhängig von Ort und Zeitpunkt seiner Krebserkrankung, Krebstherapie und Krebsnachsorge auf strukturierte Weise einer auf seinen Bedarf abgestimmten und qualitätsgesicherten psychoonkologischen Versorgung zuzuweisen. Die intermoduläre Konzeption von isPOflex erlaubt es das Versorgungsgeschehen den Krebspatienten parallel zu seiner bio-medizinischen Behandlungskette folgen zu lassen. Patientenseitig sind somit die Inanspruchnahme und die Versorgungskontinuität gewährleistet. Der an den Leistungsfunktionen ausgerichtete Ansatz der intermodulären Konzeption von isPOflex erlaubt es, das Leistungsgeschehen über leistungserbringende Einrichtungen und Leistungserbringer hinweg zu steuern und eine vertikale und horizontal koordinierte Leistungsabfolge sicherzustellen – „Die Leistung kann dem Patienten und der Patientin folgen“.

isPOflex- intermodulär kann die zentrale Vorgabe zur psychoonkologischen Versorgung im Nationalen Krebsplan

-Handlungsfeld 2:

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

*Ziel 9: Alle Krebspatient*innen erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung*

in die Wirklichkeit des deutschen Gesundheitswesens bringen.

Die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung können „prinzipiell“ eingehalten werden und die erforderlichen Versorgungsstrukturen können „prinzipiell“ hergestellt werden.

Von einer schnellen und reibungslosen, insbesondere einer flächendeckenden Umsetzung der intermodulären Konzeption von isPOflex im deutschen Gesundheitswesen ist dagegen nicht auszugehen.

Beratungsbüro für Medizininformatik/eHealth

IT-technische Beurteilung (Beitrag C):

Förderliche Faktoren sind die heute gegebenen technischen Möglichkeiten, aufgabenangemessene webbasierte und interoperable Anwendungssysteme zu implementieren und ohne nennenswerten Aufwand in die Fläche zu bringen, da an den einzelnen Arbeitsplätzen keine Installationen vorgenommen werden müssen. So beträgt der Aufwand für die technische Installation eines CAPSYS in bzw. für ein Netzwerk als eigene CAPSYS-Instanz einige wenige Stunden, die Parametrierung an die spezifischen Gegebenheiten (Organisationsstrukturen, Mitarbeiter etc.) etwa einen Tag. Da mit einem sicheren Webzugang auch externe Versorger direkt mit CAPSYS auch arbeiten können, bedeutet dies, dass – nimmt man noch Abstimmungs- und organisatorischen Aufwand dazu – eine lauffähige CAPSYS-Instanz mit der sofort alle zig bis hunderte Benutzer in einer Region arbeiten können nur etwa 1 Woche hergestellt und dann genutzt werden kann.

Ein wesentlicher hemmender Faktor ist, dass weder Leistungserbringer noch Krankenkassen in Deutschland in der Vergangenheit aber auch heute bereit sind, in werthaltige und wertschöpfende digitale Lösungen in das Gesundheitswesen zu investieren bzw. deren Betrieb zu finanzieren, selbst wenn sie vorhanden sind. Dies zeigt die vor 2 Jahren von der Bertelsmannstiftung vorgelegte Studie, bei der im Vergleich von 18 Ländern bezogen auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen Deutschland an vorletzter Stelle lag.

Die Umsetzung einer gewinnbringenden Versorgungstelematiklösung für bestimmte Versorgungsformen wie z.B. nVF-isPOflex erfordert eine Finanzierung einer zentralen IT-Einheit, die für alle Aspekte der Softwareentwicklung, das Deployment, der ergänzenden Betriebsbetreuung für die Vor-Ort-IT-Abteilungen und für die Sicherstellung der Integrität im verteilten System vor allem bezogen auf die für alle Instanzen notwendigen Kataloge (z.B. Semantik, Krankenkassen, zentrale Versorgungseinrichtungen wie onkolog. Zentren etc.) zuständig ist. Bei effektiven Anwendungslösungen muss diese nicht sehr groß sein und bewegt sich im Bereich von 3-4 Mitarbeiter*innen, aber eine Mitfinanzierung z.B. innerhalb von Versorgungspauschalen skaliert natürlich über die Anzahl der damit versorgten Fälle bzw. hinreichend genug Netzwerke, die CAPSYS – oder einen vergleichbaren Lösungsansatz für andere nVF – nutzen.

Kanzlei michels.pmks Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Rechtliche Beurteilung (Beitrag D):

Bei der rechtlichen Betrachtung hat sich gezeigt, dass insbesondere das strenge System der Regelversorgung in Bezug auf die Sektorentrennung ein besonders großes Hindernis zur Umsetzung der Überführung des isPOflex-Konzeptes in die Regelversorgung darstellt. Durch diese strenge Sektorentrennung auf Ebene der Zulassung, der Leistungsvoraussetzungen und der Abrechnungsmodalitäten sowie der Vertretung auf Spitzenverbandsebene werden integrative Ansätze in der Regelversorgung von vornherein ausgeschlossen. Das isPOflex-Konzept zeigt, wie wichtig die Überwindung dieser strengen Sektorentrennung für die künftige umfassende Versorgung der Patient*innen ist. Auch zu den besonders hemmenden Faktoren wird auf die rechtlichen Ausführungen verwiesen.

Als förderlicher Faktor hat sich der bereits jetzt herrschende modulare Ansatz innerhalb der Regelversorgung gezeigt, sodass einzelne Leistungen bzw. Funktionen im Rahmen des isPOflex-Konzeptes durch die einzelnen Leistungserbringer*innen jeweils erbracht und abgerechnet werden können. Lediglich die Einbeziehung in das integrative Gesamtkonzept stellt sich vor dem Hintergrund der Sektorentrennung in der geltenden Regelversorgung als schwierig dar.

Anhang 2: Evaluationsfragen und IMVR-Stellungnahme isPO-Teilprojekt 2

isPO-Teilprojekt 2: Weiterentwicklung des isPO-Onkolots:in-Ansatzes zu einem vollwertigen Modul – Evaluationsfragen

Im Rahmen der externen Evaluation von isPO wurden an das isPO-Teilprojekt 2 (TP2) insgesamt neun Fragen gestellt, mithilfe derer der Ausreifungsgrad und die Übertragbarkeit des isPO-Onkolots:in-(isPO-OL-)Moduls aufgezeigt werden sollen.

Die Evaluationsfragen werden im Folgenden konzise beantwortet und mit Verweisen auf den Ergebnisbericht des TP2 gestützt.

1. Wie sind bereits bestehende Komponenten aus der Versorgungsstufe 1 der neuen Versorgungsform isPO (nVF-isPO) mit den Ergebnissen aus den isPO-Onkolots:inbefragungen (externe formative Evaluation IMVR) und der Stellungnahmen des HKSH-BV schließlich im TP2 diskutiert und integriert worden?

Die Integration der 1) bereits bestehenden isPO-Komponenten zur Versorgungsstufe 1 in Verbindung mit den 2) externen Evaluationsergebnissen (IMVR) und 3) Stellungnahmen des HKSH-BV ist im Prozess der Ausarbeitung des TP2 vorgenommen worden. Dafür haben regelmäßige wöchentliche bis zweiwöchentliche Treffen mit der Projektleitung des TP2 (in Personalunion mit der externen Evaluation der nVF-isPO), den Projektverantwortlichen der nVF-isPO (MED I), dem HKSH-BV und der informationstechnischen Umsetzung zur nVF-isPO (MIFH) stattgefunden. Auf Basis von Tagesordnungspunkten und gemeinsam geteilten Dokumenten innerhalb einer gesicherten Cloud wurden vor allem die detektierten Aussagen der isPO-Onkolots:innen, das übergreifende Management zum TP2 sowie die Notwendigkeiten für die informationstechnische Konzeptionierung des isPO-OL-Moduls gemeinsam diskutiert, konsentiert und schließlich durch die Projektleitung des TP2 finalisiert. Dieses sich wechselseitig komplettierende Produkt zeigt sich als Ergebnisbericht des TP2 mit ihm inhärenten Empfehlungen.

2. Inwieweit erfüllt das isPO-OL-Modul die Anforderungen gemäß der bereits evaluierten nVF-isPO in Bezug auf die Versorgungsorganisation, -strukturen und -prozesse?

Wie schon die nVF-isPO besteht das isPO-OL-Modul aus sechs Versorgungskomponenten (V1-6, Kapitel 3.1 bis 3.6), die innerhalb der Programmtheorie von Issels und Wells (2017) zu verorten sind. Dazu wurden eine breitere theoretische und empirische Basis für das Versorgungskonzept (V1) sowie modulspezifische Anpassungen der Versorgungspfade (V2), des Netzwerkkonzepts (V3), des Versorgungsmanagements (V4) mit den Auswahl- und Ausführungsempfehlungen und Verfahrensanweisungen, der Versorgungstelematik (V5) und des Qualitätsmanagements (V6) vorgenommen. Darüber hinaus wurden Aufgaben der Netzwerksteuerung, die im Rahmen des isPO-Projektes von den Konsortialpartnern übernommen wurden, in die Modellierung eines übergreifenden Managements überführt (Kapitel 3.7).

3. In welcher Hinsicht greift das isPO-OL-Modul die Möglichkeiten und Wirkungen der sozialen Unterstützung als Peer-Support auf?

Der Peer-Support ist zuvorderst die theoretische wie konzeptionelle Basis, auf der das TP2 fußt und dessen Besonderheiten bzw. möglichen Wirkungen im Versorgungskonzept (V1) ausgearbeitet sind (Kapitel 3.1). Dabei unterstreichen die Ergebnisse aus bereits vorliegenden Studien, zu den im Rahmen der externen Evaluation befragten isPO-OL (Kapitel 4.1) und aus der TP2-Stakeholderanalyse (Kapitel 4.2) vor allem die Bedeutsamkeit der Eins-zu-eins-

Unterstützung. Deutlich über die für die Versorgungsstufe 1 angelegte Informationsvermittlung durch den:die isPO-OL hinaus wird der Austausch innerhalb dieses isPO-OL-Gesprächs als besonders wertvoll erachtet. Die isPO-OL würden mir ihrer Erfahrungsexpertise eine Versorgung anbieten, die sich nicht erlernen ließe. Mit ihrer Gleichbetroffenheit könnten sie den Patient:innen auf Augenhöhe begegnen, Mut machen, Hoffnung geben und Informationen authentisch vermitteln.

4. Inwieweit wird mit dem isPO-OL-Modul die Integration der Selbsthilfe in die Versorgung (siehe Nationaler Krebsplan und S3-Leitlinie Psychoonkologie) erreicht?

Der Zugang der Patient:innen zur isPO-OL-Versorgung erfolgt über eine Information durch den:die behandelnde Ärzt:in mit Ausstellung eines Empfehlungsscheins (Versorgungspfad, Kapitel 3.2). So wird an bestehende Abläufe im onkologischen Versorgungsprozess angeknüpft. Die isPO-OL-Gespräche selbst sind ebenfalls in Einrichtungen verortet, die bereits als Akteur:innen in der Krebsversorgung auftreten (z.B. Kliniken, Praxen, Krebsberatungsstellen) (Kapitel 3.3).

Die isPO-OL selbst werden nach ihrer Zertifizierung in das Versorgungsteam am Netzwerkstandort aufgenommen und von den isPO-Case Manager:innen Onkolots:in betreut (Kapitel 3.3). Außerdem wird aus Sicht des Qualitätsmanagements vorgeschlagen, dass auch die isPO-OL an den netzwerkinternen Qualitätszirkeln teilnehmen (Kapitel 3.6). Über die Vergütung der Leistungen für das Case Management der isPO-OL-Versorgung findet auch auf Ebene der Abrechnung eine Integration der Selbsthilfe in die Krebsversorgung statt.

Im übergreifenden Management ist die organisierte Selbsthilfe als Mitglied in der Einheit des Beirats bzw. Steuerungsgremiums, welcher/s wiederum zur Umsetzung des isPO-OL-Moduls Stellung nimmt bzw. über Änderungen zu Anpassungen des Moduls entscheidet, verankert (Kapitel 3.7).

5. Auf welche Weise wurde die organisierte Selbsthilfe (hier HKSH-BV) modulgestaltend vor allem in Fragen der Rekrutierung, Konzeptualisierung der Schulungen und Zertifizierungsvoraussetzungen für isPO-OL eingebunden?

Das HKSH-BV hat bereits bei der Entwicklung der nVF-isPO maßgeblich an der Konzeptualisierung des isPO-OL-Ansatzes mitgearbeitet und die Rekrutierung, Schulung, Zertifizierung und Begleitung der isPO-OL verantwortet.

Auch im TP2 war das HKSH-BV mit einem eigenen Stellenanteil beteiligt und hat über die beratende Funktion hinaus an den Modellierungen insbesondere zum übergreifenden Management (Kapitel 3.7) sowie der Erstellung neuer Dokumente für die Rekrutierung von isPO-OL mitgewirkt.

6. Wie sind die Prozesse der Rekrutierung, der Schulung, Zertifizierung und Begleitung der isPO-OL formalisiert worden?

Mit dem übergreifenden Management sind die Rekrutierung, Schulung, Zertifizierung und Begleitung der isPO-OL als isPO-OL-Support in den regionalen Koordinationsstellen institutionalisiert worden (Kapitel 3.7). Die vom HKSH-BV im isPO-Projekt entwickelten Prozesse und Dokumente wurden in das isPO-OL-Modul aufgenommen und liegen mit dem Ergebnisbericht in verschriftlichter Form vor, sodass die notwendigen Materialien zur Umsetzung wiederum als feste Bestandteile über die zentrale Koordinationsstelle allen Versorgungsnetzwerken zur Verfügung gestellt werden können.

7. Wie haben der partizipative Einbezug von Stakeholdern und die Ergebnisse aus den Stakeholder-Analysen die programmtheoretischen Überlegungen zum isPO-OL-Modul ergänzt bzw. komplettiert?

Im Besonderen hatte das HKSH-BV für das TP2 stets eine tragende Rolle, weil es aus der Perspektive sowohl der Patient:innen als auch der isPO-OL als ehemalige Patient:innen die Erfordernisse für eine bedarfsorientierte Versorgung innerhalb der Psychoonkologie im Blick hatte und weitergeben konnte. Diese Erfahrungen flossen unmittelbar in die programmtheoretischen Überlegungen ein. Vor dem Hintergrund der partizipativen Gesundheitsforschung wurde dieses Wissen als hierarchisch gleichwertig zur wissenschaftlichen Expertise in die Ausgestaltung des TP2 integriert.

Weiterhin wurden sowohl die Patient:innen als auch professionell Versorgenden innerhalb der TP2-Stakeholderanalyse zu ihren Erfahrungen, Bedarfen und Wünschen für die isPO-OL-Versorgung interviewt (Kapitel 4.2). Die entsprechenden Aussagen wurden daraufhin systematisch analysiert und sodann gleichfalls für die Weiterentwicklung des isPO-OL-Ansatzes zu einem vollwertigen Modul genutzt. Das MIFH hat dabei in ebenfalls gestaltender Funktion kontinuierlich dazu beigetragen, dass die programmtheoretischen Überlegungen Eingang und in die informationstechnische Konzeptionierung (CAPSYS²⁰²⁰) fanden (Kapitel 3.5).

8. Inwiefern eignet sich das im TP2 ausgearbeitete übergeordnete Management für eine Übertragung in die Regelversorgung (z.B. Flexibilität)?

Die Modellierung des übergeordneten Managements (Kapitel 3.7) wurde so vorgenommen, dass für die institutionelle Verortung der Einheiten (Beirat bzw. Steuerungsgremium, zentrale Koordinationsstelle, regionale Koordinationsstellen) bestehende Organisationen des Gesundheitswesens vorgeschlagen wurden und damit eine Anschlussfähigkeit besteht. In den Strukturen und Prozessen wurde interinstitutionellen Unterschieden insofern Rechnung getragen, als das bspw. für das Format von Sitzungen, Schulungen und Workshops verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt werden. Hinsichtlich der personellen Ressourcen insbesondere der regionalen Koordinationsstellen wurden keine konkreten Angaben zu Stellenumfängen gemacht, sondern darauf hingewiesen, dass diese in Abhängigkeit der Anzahl und Größe der betreuten Versorgungsnetzwerke individuell bestimmt werden muss.

Insgesamt wurde bei der Darlegung der Versorgungskomponenten dort, wo im Sinne des isPO-OL-Moduls Anpassungsmöglichkeiten bestehen, explizit darauf hingewiesen und mehrere Vorschläge zur Umsetzung dargelegt. Darüber hinaus sind konkrete Empfehlungen für eine Übertragung in die Regelversorgung formuliert worden (Kapitel 5).

9. Inwieweit eignet sich das isPO-OL-Modul, um die unterstützende Versorgung von Krebspatient:innen solitär als auch intermodular (z.B. in Verbindung mit psychosozialer Versorgung) zu erbringen?

Mit dem TP2 ist ein vollwertiges und ausgereiftes isPO-OL-Modul erarbeitet worden, das sich sowohl solitär als auch intermodular (z.B. in Verbindung mit psychosozialer Versorgung) nutzen lässt. Für beide Möglichkeiten der Implementierung sprechen die miteinander verzahnten und einzeln aufwendig ausgearbeiteten Versorgungskomponenten, die wie in der nVF-isPO aus theoretisch-konzeptionellen Überlegungen und Anleitungen zur isPO-OL-Versorgung (V1), Versorgungspfaden (V2), einem Versorgungsnetzwerk (V3) und -management (V4), einer Versorgungstelematik (V5) und einem Qualitätsmanagement (V6) bestehen. Hinzu kommt ein ebenso in Tiefe durchdachtes übergreifendes Management des isPO-OL-Moduls, aus dem die Möglichkeiten eines Beirats bzw. Steuerungsgremiums sowie zentraler wie regionaler Koordinationsstellen hervorgehen (Kapitel 3.1-3.7).

Sowohl für die solitäre als auch intermodulare Umsetzung ist gleichfalls die für alle Komponenten relevante Versorgungsstufe 0 in ihrer unabdinglichen Rolle für das isPO-OL-

Modul mitgedacht und weiterhin zentral platziert worden. Denn in dieser Stufe wird der Zugang der Patient:innen zum isPO-OL-Modul und die Koordination der Versorgung (isPO-Case Management) vorgenommen.

Für eine mögliche Umsetzung des isPO-OL-Moduls innerhalb einer gestuften Versorgung spricht, dass die Screenings zum Belastungserleben (z.B. HADS zu Angst und Depression) üblicherweise und ebenso wie die isPO-OL-Gespräche früh im Versorgungsprozess platziert sind. Dies ermöglicht – über das niedrigschwellige Angebot eines isPO-OL-Gesprächs hinaus – eine zusätzlich flexible und bedarfsgerechte Zuordnung zu einer entsprechenden psychoonkologischen Versorgung.

Sowohl solitär als auch intermodular kann das isPO-OL-Modul letztlich ein für den Umgang mit einer Krebserkrankung niedrigschwelliges wie ertragreiches Unterstützungsangebot innerhalb einer sektorenübergreifenden, integrierten onkologischen Versorgung sein.

Anhang 3: Bewertungsmatrix zur Produktevaluation (Beispiele)

Evaluationsmatrix des isPO-Versorgungskonzepts

Code	Kriterien	Erklärung	Formative Evaluation			Summative Evaluation
			Kap.1+2	Kap.3	Kap. 4	
A	aktivierend	Enthält das Konzept nicht nur Ideen und Ziele, sondern auch klare Strategien und Handlungsempfehlungen, um diese Ziele zu erreichen?				
AU	ausgewogen	Sind die Kapitel/Themen/Theorien in einem ausgewogenen Verhältnis dargestellt?				
E	empfängerorientiert	Orientiert sich das Konzept an dem Wissensstand derer, für die es geschrieben wurde? Ist es so geschrieben (Verständlichkeit), dass die Empfänger es verstehen können? Werden die Erwartungen der Empfänger erfüllt?				
LS	logisch & stringent	Ist der Aufbau und die Struktur intuitiv nachvollziehbar und in sich schlüssig?				
P	passgenau	Ist das Konzept so geschrieben, dass es zu der aktuellen Lage, dem jeweiligen Setting und der jeweiligen Problemstellung passt?				
Pr	prägnant	Ist das Konzept kurz, knackig und auf den Punkt gebracht? Wird sich auf die Kernaussagen konzentriert? Ist in der Argumentation eine klare Linie erkennbar?				
R	richtig	Sind die Aussagen inhaltlich richtig kommuniziert und dargestellt (Text & Abbildungen)?				
U	umsetzbar	Erscheint das Konzept bezüglich seiner Ziele umsetzbar (zeitlich, inhaltlich, finanziell, konzeptuell)?				
V	vollständig	Ist die Information, die gegeben wird, angemessen (Argumentationsketten, Quellen, Zusammenhänge)?				
W	wissenschaftlich	Wie wird das Konzept wissenschaftlich bezüglich Problemstellung, Einbettung, Stand der Forschung hergeleitet? Ist die angegebene Literatur vollständig, aktuell, einschlägig und themenbezogen, und kontextbezogen?				
Z	zielgenau	Wird das Ziel des Konzeptes klar und eindeutig definiert? Werden die Wege zur Erreichung des Ziels gut dargestellt?				

Gut, zufriedenstellend, unzureichend

Evaluationsmatrix des isPO-Prozessmanagements in Interaktion mit Szenarien der MED I

Code	Kriterien	Erklärung	S1	S2	S3	S4	S5	S6	QI
E	empfängerorientiert	Ist das Manual intuitiv nutzbar? Sind die Elemente so benannt, dass die Erwartungen der Anwender:innen erfüllt werden?							
H	handhabbar	Ist das Manual so aufgebaut, dass das gewünschte Element leicht auffindbar ist?							
K	kontrollierbar	Ist das Manual so aufgebaut, dass die dahinterliegenden Prozesse überprüft werden können?							
L	verlinkt	Werden die einzelnen Elemente des Manuals verlinkt und sind die Verlinkungen korrekt (Produkte und im Dokument)?							
LS	logisch & stringent	Sind Aufbau und Struktur intuitiv nachvollziehbar und in sich schlüssig?							
N	nützlich	Ist das Manual nützlich für die Implementierung von isPO?							
R	richtig	Sind die Elemente des Manuals an der richtigen Position zu finden?							
U	umsetzbar	Erscheint das Manual umsetzbar (zeitlich, inhaltlich, finanziell, konzeptuell)?							
V	verstehbar	Können sich Anwender:innen die Zusammenhänge zwischen AAEs, Pfaden und Dokumenten über die Nutzung des Manuals intuitiv erschließen?							
W	wissenschaftlich	Wie wird das Manual wissenschaftlich bezüglich Problemstellung, Einbettung, Stand der Forschung hergeleitet? Ist die angegebene Literatur vollständig, aktuell, einschlägig und themenbezogen, und kontextbezogen?							

S=Prüfszenario, QI=Qualitätsindikatoren Sehr gut, genügend, ungenügend

Anhang 4: Prüfszenarien zur Produktevaluation

Szenario 1: Orientierung über CAPSYS

1. Eine Einrichtung erhält CAPSYS
2. Zugang zu den isPO-Materialien/Gesamtdokumente in CAPSYS
 - a. Netzwerkkonzept
 - b. Versorgungskonzept
 - c. Versorgungspfade
 - d. Qualitätsmanagement
3. Zugang zum Test-Dokumentationssystem CAPSYS
 - a. Netzwerkkonzept
 - b. Versorgungskonzept
 - c. Versorgungspfade
 - d. Qualitätsmanagement

Szenario 2: Einrichten des Assistenzsystems CAPSYS zum Vertragsmanagement

1. Eine Einrichtung bestimmt die ärztliche Leitung (ambulant/stationär) des psychoonkologischen Versorgungsnetzwerkes
2. Die ärztliche Leitung benennt einen Netzwerkkoordinator sowie die klinische Leitung
3. Der Netzwerkkoordinator erstellt das einrichtungsspezifische Assistenzsystem in CAPSYS
 - a. Er spezifiziert im Organigramm des psychoonkologischen Versorgungsnetzwerkes
 - i. die Verantwortlichen für die Umsetzung (Arbeitspositionen) des Vertrags- und Versorgungsmanagements (formal-administrative Leistungen)
 - ii. gemeinsam mit der klinischen Leitung die Verantwortlichen für die Umsetzung (Arbeitspositionen) der vertraglich geregelten Patientenversorgung (klinische Leistungen)
indem er die jeweiligen Namen der Verantwortlichen im Organigramm festhält.
 - b. Er spezifiziert zu jedem Namen/jeder Arbeitsposition die automatisch generierten Vorlagen zu den Kontaktangaben
4. Der Netzwerkkoordinator prüft die mit der jeweiligen Arbeitsposition im Organigramm verbundene Aufgabe und Befugnisse und ändert ggf. den Namen zur jeweiligen Arbeitsposition.
5. Der Netzwerkkoordinator prüft in jeder mit einer formal-administrativen Arbeitsposition verbundenen SOP die Spezifikationen zur Umsetzung der Aufgabe und passt diese ggf. an die einrichtungsspezifischen Einzelschritte der Aufgabenumsetzung an.
6. Die klinische Leitung prüft die Übereinstimmung jeder klinischen Arbeitsposition mit den vertraglichen Vorgaben und ändert ggf. den/die Namen, die dieser Arbeitsposition zugewiesen wurden.
7. Der Netzwerkkoordinator aktiviert das Assistenzsystem CAPSYS durch das letzte (Ab)-Schließen des CAPSYS-Assistenzmoduls.
Ggf. wird das lokale CAPSYS-Ass zur Verifikation an CAPSYS zentral gesendet.

Szenario 3: Einrichten des Assistenzsystems CAPSYS zum Versorgungsmanagement

1. Die Einrichtung schließt den Versorgungsvertrag mit einer Krankenkasse oder einer von dieser beauftragten Organisation
 - a. Vertrags-Krankenkassen werden in CAPSYS-Ass angelegt
 - i. Adressen, Teilnahmeerklärungen, Patienteninformationen, Widerrufsadressen, kassenseitige Kontaktpersonen, Rechnungsadressen, Abrechnungsvorlagen
2. Dem geschlossenen Versorgungsvertrag treten niedergelassene Ärzte als Teil des psychoonkologischen Versorgungsnetzwerkes bei.
3. Der admin.-Verantwortliche trägt Name und Kontaktdaten in CAPSYS-ASS ein und fügt die Kopie der Beitrittserklärung hinzu.
 - a. Verwaltung (SOP's), E-Scheine, Arztbriefe, Rechnungsbriefe werden arzt-/praxisbezogen generierbar.
4. Dem psychoonkologischen Versorgungsnetzwerk treten qualifizierte isPO-Onkolotsen bei.
5. Der admin.-Verantwortliche trägt Name und Kontaktdaten in CAPSYS-ASS ein und fügt die Kopie der Beitrittserklärung hinzu.
 - a. Der isPO-Onkolotse wird automatisiert in die Verwaltung (SOP's) und die Organisation des Onkolotsen-Einsatzes von CAPSYS-Ass eingefügt.
6. Die klinische Leitung vergibt für die Leistungserbringer einen rollenspezifischen Zugang zu CAPSYS an und legt die jeweilige Rolle (Name, Kontakt, Berufsgruppe) in CAPSYS-Ass fest.

Szenario 4: Nutzung von CAPSYS-Ass durch den Leistungserbringer im klinischen Alltag

1. Jeder Leistungserbringer verfügt über einen rollenspezifischen Zugang zu CAPSYS
2. Entsprechend seiner Rolle werden spezifische Dokumente des CAPSYS-Dokumentationssystems zugänglich
3. Innerhalb der Dokumente kann der Leistungserbringer auf
 - a. ein Glossar relevanter definitorischer Begriffe zu den Inhalten des jeweiligen Dokumentes zugreifen
 - b. auf den jeweiligen Ausschnitt des isPO-Versorgungspfades zugreifen, der für das jeweilige Dokument relevant ist (1st Level Assistenz)
 - i. Innerhalb des jeweiligen Ausschnitt des isPO-Versorgungspfades kann er auf die jeweiligen klinischen und formal-administrativen Auswahl- und Ausführungsempfehlungen zugreifen (2nd Level Assistenz)
 - Innerhalb der jeweiligen klinischen und formal-administrativen Auswahl- und Ausführungsempfehlung kann er auf (3rd Level Assistenz)
 - „weitergehende Informationen zum Begründungszusammenhang“ („WARUM“)
 - „weitergehende Informationen zur Umsetzung“ („WIE“) und
 - „weitergehende Versorgungsmaterialien“ („WOMIT“) zurückgreifen
 - c. auf die für seine klinische und/oder formal-administrative Rolle relevanten Versorgungsmaterialien (Versorgungskonzept, Versorgungsmanagement, Qualitätsmanagement ...) und auf
 - d. auf die Schulungsmaterialien zugreifen.

Szenario 5: Nutzung von CAPSYS-Ass durch den Leistungserbringer für Zwecke des Qualitätsmanagements

1. Jeder Leistungserbringer verfügt über einen rollenspezifischen Zugang zu CAPSYS
2. Entsprechend seiner Rolle werden spezifische Dokumente des CAPSYS-Dokumentationssystems zugänglich
3. Innerhalb der Dokumente kann der Leistungserbringer auf drei Niveaus der Assistenz zurückgreifen
 - a. Auf Ebene 1 greift er auf den jeweiligen Ausschnitt des isPO-Versorgungspfades zu
 - i. Hier kann er eine Kopie des Ausschnittes öffnen und darin seine Anmerkungen, Anregungen und Kritikpunkte zum isPO-Pfad notieren und gelangt mit der Speicherung wieder zum Originalpfad zurück.
 - b. Auf Ebene 2 greift er auf die jeweiligen klinischen und formal-administrativen Auswahl- und Ausführungsempfehlungen zu
 - i. Hier kann er eine Kopie der AWE/AFE öffnen und darin seine Anmerkungen, Anregungen und Kritikpunkte notieren und gelangt mit der Speicherung wieder zum Originalpfad zurück.
 - c. Auf Ebene 3 greift er auf die
 - i. „weitergehende Informationen zum Begründungszusammenhang“ („WARUM“)
 - ii. „weitergehende Informationen zur Umsetzung“ („WIE“) und
 - iii. „weitergehende Versorgungsmaterialien“ („WOMIT“) zu
 - o Hier kann er jeweils eine Kopie öffnen und darin seine Anmerkungen, Anregungen und Kritikpunkte notieren und gelangt mit der Speicherung wieder auf die Dokumentenebene zurück.
4. Geänderte Dokumente gehen im Fall der Speicherung dem Netzwerkkoordinator für Zwecke der Planung der einrichtungsinternen Qualitätszirkel zu.

Szenario 6: Nutzung von CAPSYS-Ass durch den Netzwerkkoordinator für Zwecke des Qualitätsmanagements

5. Der Netzwerkkoordinator oder ein von ihm beauftragter Verantwortlicher verfügt über einen Zugang zum QM-System von CAPSYS-Ass
6. In dem QM-System kann er sowohl auf alle Level 1,2,3 Dokumente zugreifen, die durch die Leistungserbringer bearbeitet wurden
 - a. Er kann diese sichten, kommentieren und für Zwecke der Thematisierung in einem QZ priorisieren
7. QM-System von CAPSYS-Ass kann er zudem auf den strukturierten Qualitätsbericht zurückgreifen
 - a. Er kann diesen sichten, kommentieren und für Zwecke der Thematisierung in einem QZ Bereiche des QB priorisieren.
8. Der Netzwerkkoordinator oder ein von ihm beauftragter Verantwortlicher kann einen QZ einberufen
 - a. Er kann dabei an/für die isPO-Leistungserbringer
 - i. den strukturierten Qualitätsbericht
 - ii. die von den isPO-MA bearbeiteten Level 1,2,3 Dokumente
 - iii. seine kommentierten und priorisierten Themen für den QZ
 - iv. ein vorbereitetes QZ-Protokoll
 - v. sowie eine unausgefüllte Teilnehmerliste senden.
senden/vorbereiten
9. Die isPO-MA erhalten einen Hinweis auf die bereitgestellten Informationen und können auf diese zugreifen.
10. Die isPO-MA können sich über die Teilnehmerliste für den QZ anmelden.
11. Der Netzwerkkoordinator oder ein von ihm beauftragter Verantwortlicher führt den einrichtungsinternen Qualitätszirkel anhand des vorbereiteten Protokolls durch und dokumentiert die behandelten Themen, die Ergebnisse sowie das Datum des nächsten QZ
12. Mit Speicherung des Protokolls werden eine Kopie des Protokolls, die bearbeiteten Level 1,2,3 Dokumente sowie der strukturierte Qualitätsbericht an CAPSYS- zentral gesendet.
 - a. Zweck – Vorbereitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätsworkshops

Summative Evaluation

Szenarien-geleitete Prüfung CAPSYS²⁰²⁰-LOKAL
(Sekundäres Outcome - Versorgungsqualität)

Überblick der Prüf szenarien

- Szenario 1: Orientierung in CAPSYS²⁰²⁰
- Szenario 2: Vertrags- und Versorgungsmanagement (NWK)
- Szenario 3: isPO-Versorgung (CM, CMO & PT)
- Szenario 4: Point of Care (CM & PT)
- Szenario 5: Qualitätsmanagement (NWK, CM, PT)

Szenario 1: Orientierung in CAPSYS²⁰²⁰

Was muss ein neuer Nutzer wissen, um sich in CAPSYS²⁰²⁰ orientieren zu können?

- Das CAPSYS²⁰²⁰-Handbuch/die CAPSYS²⁰²⁰-Hilfe werden aufgerufen
- Die isPO-Produkte werden aufgerufen („Fenster der nVF isPO“ eingefügt?)
 - Netzwerkkonzept
 - Versorgungskonzept
 - Versorgungsmanual
 - QM-Manual
 - Prozessmanagement-Manual
 - PQE-Konzept
- Die Übersicht der Versorgungspfade wird aufgerufen

Szenario 2: Vertrags- & Versorgungsmanagement (NWK)

Wie wird die Administration eines neuen VN eingerichtet und gepflegt?

- Der NWK legt die Einrichtungen des Netzwerks als Organisationseinheiten an (Organigramm vorhanden?)
- Der NWK fügt den Organisationseinheiten neue Mitarbeitende mit ihrer jeweiligen CAPSYS²⁰²⁰-Rolle hinzu
- Der NWK ruft die Übersicht des Berichtswesens auf
- Der NWK erstellt eine Abrechnungsübersicht
- Der NWK erstellt eine aktuelle Fallübersicht (Controlling)

Szenario 3: isPO-Versorgung (CM, CMO)

Welche Funktionen muss ein isPO-Versorger kennen, um einen neuen Patienten aufzunehmen und zu begleiten?

Stufe 0

Erhebung der Früherkennungs- und Patientenstammdaten nach Einschreibung des Patienten. Datenerfassung im IT-System „CAP-SYS“.

- Der CM legt eine neue Patientenakte an
- Der CM erfasst die Daten des Stammdatenbogens
- Der CM erfasst die Screeningbögen (T1)

Versenden der Verlaufs- (T2) und Abschlusscreenings (T3) an Patienten der Versorgungsstufen I und II und Erfassung der Daten im IT-System „CAP-SYS“.

- Der CM erzeugt den Patientenbrief für eine T2- und eine T3-Erhebung
- Der CM erfasst die Daten der Verlaufs- (T2) und Abschlusscreeningbögen (T3)

Stufe 1

Erfassung von Daten zum „Onkolotsengespräch“ im IT-System „CAP-SYS“.

- Der CMO dokumentiert das isPO-Onkolotsengespräch

Kursiv: Leistungsbeschreibung laut Selektivvertrag (Anlage 1)

Szenario 3: isPO-Versorgung (PT)

Welche Funktionen muss ein isPO-Versorger kennen, um einen neuen Patienten aufzunehmen und zu begleiten?

Stufen 2, 3a, 3b (es werden beispielhaft die Stufen 3a und 3b betrachtet)

Fortlaufende Dokumentation der Versorgung im IT-System CAP-SYS.

- Der PT lässt sich eine Übersicht seiner Falldaten anzeigen
- Der PT dokumentiert das T2-Folgespräch
- Der PT führt eine 3b-Entscheidung durch

Szenario 4: Point of Care (CM)

Wie wird der „Point of Care Ansatz“ umgesetzt und somit sichergestellt, dass jeder Versorger zu jedem Versorgungspfad die notwendigen Informationen erhält (Verlinkung von CAPSYS-Doku zu CAPSYS-Assist)?

(Anmerkung: SOP sind nicht über den Pfad, sondern separat zugänglich)

Stufe 0

Erhebung der Früherkennungs- und Patientenstammdaten nach Einschreibung des Patienten. Datenerfassung im IT-System „CAP-SYS“.

- Der CM greift auf den Versorgungspfad, die AWE und SOP für die Einschreibung zu
- Der CM greift auf die für die Einschreibung notwendigen Dokumente zu

Versenden der Verlaufs- (T2) und Abschlusscreenings (T3) an Patienten der Versorgungsstufen I und II und Erfassung der Daten im IT- System „CAP-SYS“.

- Der CM greift auf den Versorgungspfad, die AWE und SOP für die T2- und eine T3-Erhebungen zu
- Der CM greift auf die Dokumente für das Verlaufs- (T2) und Abschlusscreening (T3) zu

Stufe 1

Erfassung von Daten zum „Onkolotsengespräch“ im IT-System „CAP-SYS“.

- Der CM greift auf den Versorgungspfad, die AWE und SOP für das isPO-Onkolotsengespräch zu
- Der CM greift auf die Dokumente für das isPO-Onkolotsengespräch zu

Kursiv: Leistungsbeschreibung laut Selektivvertrag (Anlage 1)

Szenario 4: Point of Care (PT)

Wie wird der „Point of Care Ansatz“ umgesetzt und somit sichergestellt, dass jeder Versorger zu jedem Versorgungspfad die notwendigen Informationen erhält (Verlinkung von CAPSYS-Doku zu CAPSYS-Assist)?
(Anmerkung: SOP sind separat zugänglich)

Stufen 2, 3a, 3b (es werden beispielhaft die Stufen 3a und 3b betrachtet)

Fortlaufende Dokumentation der Versorgung im IT-System CAP-SYS.

- Der PT bereitet das T2-Folgegespräch vor:
 - Auffinden des Ausschnitts im Versorgungspfad, der AWE und SOP
 - Zugriff auf die notwendigen Dokumente
- Der PT führt eine 3b-Entscheidung durch
 - Auffinden des Ausschnitts im Versorgungspfad, der AWE und SOP
 - Zugriff auf die notwendigen Dokumente

Szenario 5: Qualitätsmanagement (NWK/CM/PT)

Welche Funktionen bietet CAPSYS²⁰²⁰, um die interne Qualität anhand eines Qualitätszirkels zu sichern und zu optimieren?

- Der NWK legt einen QZ an, lädt das isPO-Team ein und erstellt die Tagesordnung
- Ein isPO-Teammitglied nimmt die Einladung an und schlägt einen TOP vor
- Der NWK nimmt den vorgeschlagenen TOP in die Tagesordnung auf
- Der NWK erstellt das Protokoll
- Ein isPO-Teammitglied editiert das Protokoll
- Der NWK nimmt die Anpassung in das Protokoll auf
- Der NWK fordert die Evaluation an und wertet diese aus

Anhang 6: Inhalte des Patient:innenfragebogens I

Fragenblock	Variable	Fremdskala	Item Anzahl	Anmerkungen
Fragen zur Versorgung in isPO				
Zu den Gesprächen mit dem:der isPO-Case Manager:in	Verständisorientierte Gesundheitskommunikation	HL-COM (Ernstmann et al., 2017)	8	1 Item entfernt, da nicht übertragbar
Zum Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in	Anzahl der Gespräche		1	
	Empathie	CARE-Skala (Neumann et al., 2008)	2	2 Items der Subskala <i>Empathie des Arztes</i> adaptiert
	Hilfreiche Informationen		1	
	Beantwortung von Fragen		1	
	Zeitumfang		1	
	Verbundenheit		1	
	Zufriedenheit mit dem Gespräch		1	
Zum Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft	Nützlichkeit und Verständlichkeit der Informationen		2	
	Beantwortung von Fragen		1	
	Gesprächsdauer		1	
	Berücksichtigung der Lebensumstände und Umfelds		1	
	Umsetzbarkeit der Beratungsinhalte		1	
Zum Kontakt mit dem:der Psychotherapeut:in	Therapeutische Allianz	WAI-SR (Wilmers et al., 2008).	12	1 Item modifiziert
Allgemeine Bewertung der Versorgung in isPO	Zufriedenheit mit der Versorgung in isPO		1	
	isPO als hilfreich		1	
	Positive Effekte durch isPO		3	
	Überflüssigkeit von isPO		1	

	Inanspruchnahme von Psychoonkologie ohne isPO		1	
	Bedürfnisorientierte Versorgung		1	
	Zeitliche Rahmenbedingungen		2	
	Bedarfsorientierter Zeitpunkt der Versorgung		1	
	Wohlbefinden in den Räumlichkeiten		1	
	Erreichbarkeit der isPO-Versorgenden		1	
	Belastung durch die isPO-Organisation		1	
	Organisatorische Probleme		1	
Beobachtete Zusammenarbeit	Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteur:innen	Der Kölner Patientenfragebogen (KPF) (Pfaff et al., 2004).	7	Entsprechend der isPO-Versorger adaptiert
Psychosozialer Informationsbedarf	Informationsbedürfnisse	CaPin (Neumann et al., 2011)	19	Subskalen (15 items) <i>Information regarding social issues</i> und <i>Information regarding health promotion</i> ; 4 Items sind Eigenentwicklungen
	Ort des Einholens bei unerfülltem Informationsbedarf		1	
Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote	Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten außerhalb von isPO		11	

Fragen zur Gesundheit und Person

Medizinische Krebsbehandlung	Art der Krebsbehandlungen	KPF (Pfaff et al., 2009)	1	Adaptiertes Item zum <i>Krankheitsstatus</i>
	Subjektiver Behandlungserfolg	KPF (Pfaff et al., 2004).	2	Reduktion der Itemanzahl

	Subjektiver Behandlungsfehler	KPF (Pfaff et al., 2004).	3	Reduktion der Items
Mitsprachebedürfnis	Partizipationsbedürfnis	KPF (Pfaff et al., 2004).	6	
	Vertrauen in behandelnde Ärzt:innen/Therapeut:innen	KPF (Pfaff et al., 2004).	1	Item aus Skala <i>Vertrauen in Ärzte</i>
Lebensqualität	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993)	30	
Soziale Unterstützung	Soziale Unterstützung	OSS-3 (Dalgard et al., 1995)	3	
	Soziale Unterstützung	BS6 (Beutel et al., 2017)	6	
Ihre Empfindungen im Alltag	Kohärenzsinn	SOC-13 (Abel et al., 1995)	13	
Arbeitsfähigkeit	Arbeitsfähigkeit	WAS (El Fassi et al., 2013)	3	
Schulabschluss	Schulische Bildung		1	
Ausbildungsabschluss	Berufliche Bildung		1	
Erwerbssituation	Erwerbssituation		1	
Familienstand	Familienstand		1	
Wohnsituation	Weitere im Haushalt wohnende Personen		1	
Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens	Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens		1	
Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zur psychoonkologischen Betreuung	Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zur isPO-Versorgung		1	Offene Frage

Quellen

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B. & Haes, J. C. de (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85 (5), 365–376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365
- Abel, T., Kohlmann, T. & Noack, H. (1995). *SOC-Fragebogen.: Revidierte Fassung der Übersetzung von Noack, Bachmann u.a. (1987)*.
- Beutel, M. E., Brähler, E., Wiltink, J., Michal, M., Klein, E. M., Jünger, C., Wild, P. S., Münzel, T., Blettner, M., Lackner, K., Nickels, S. & Tibubos, A. N. (2017). Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). *PloS one*, 12 (10), e0186516. doi: 10.1371/journal.pone.0186516
- Dalgard, O. S., Bjørk, S. & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British journal of psychiatry*, 166 (1), 29–34. doi: 10.1192/bjp.166.1.29
- El Fassi, M., Bocquet, V., Majery, N., Lair, M. L., Couffignal, S. & Mairiaux, P. (2013). Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC public health*, 13, 305. doi: 10.1186/1471-2458-13-305
- Ernstmann, N., Halbach, S., Kowalski, C., Pfaff, H. & Ansmann, L. (2017). Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 121, 58–63. doi: 10.1016/j.zefq.2016.12.008
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Warm, M., Wolf, J. & Pfaff, H. (2008). Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstruments „Consultation and Relational Empathy“ (CARE) am Beispiel von Krebspatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58 (1), 5–15. doi: 10.1055/s-2007-970791
- Neumann, M., Wirtz, M., Ernstmann, N., Ommen, O., Längler, A., Edelhäuser, F., Scheffer, C., Tauschel, D. & Pfaff, H. (2011). Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: an initial study using latent class analysis. *Supportive care in cancer*, 19 (8), 1197–1209. doi: 10.1007/s00520-010-0939-1
- Pfaff, H., Steffen, P., Brinkann, A., Lütticke, J. & Nitzsche, A. (2004). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Kennzahlenhandbuch*. Köln. Universität zu Köln.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR): Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1 (3), 343–358.

Anhang 7: Inhalte des Patient:innenfragebogens II

Fragenblock	Variable	Fremdskala	Item Anzahl	Anmerkungen
Fragen zur Versorgung in isPO				
Zum Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft	Nützlichkeit und Verständlichkeit der Informationen		2	
	Beantwortung von Fragen		1	
	Gesprächsdauer		1	
	Berücksichtigung der Lebensumstände und Umfelds		1	
	Umsetzbarkeit der Beratungsinhalte		1	
Zum Kontakt mit dem:der Psychotherapeut:in	Therapeutische Allianz	WAI-SR (Wilmers et al., 2008).	12	1 Item modifiziert
Allgemeine Bewertung der Versorgung in isPO	Zufriedenheit mit der Versorgung in isPO		1	
	isPO als hilfreich		1	
	Entwicklung des Befindens durch isPO		1	
	Positive Effekte durch isPO		2	
	Überflüssigkeit von isPO		1	
	Inanspruchnahme von Psychoonkologie ohne isPO		1	
	Bedürfnisorientierte Versorgung		1	
	Zeitliche Rahmenbedingungen		2	
	Zeitpunkt des Erstkontakts		1	

	Bedarfsorientierter Zeitpunkt der Versorgung		1	
	Wohlbefinden in den Räumlichkeiten		1	
	Erreichbarkeit der isPO-Versorgenden		1	
	Möglichkeit kurzfristiger Gesprächstermine bei Krisensituation		1	
	Organisation der isPO-Versorgung zusätzlich zur medizinischen Behandlung		1	
	Belastung durch die isPO-Organisation		1	
	Organisatorische Probleme		2	davon eine offene Frage
Zu den Gesprächen mit Ihren isPO-Versorgenden	Mitsprache in der isPO-Versorgung		6	
Erwartungserfüllung	Organisation der isPO-Versorgung		1	
	Begleitung/ Unterstützung durch das isPO-Versorgungsteam		4	
	Einbeziehung in den Versorgungsprozess		1	
	Schriftliche Informationen über isPO		1	
Psychosozialer Informationsbedarf	Informationsbedürfnisse	CaPin (Neumann et al., 2011)	18	Subskalen (14 items) <i>Information regarding social issues</i> und <i>Information regarding health promotion</i> ; 4 Items sind Eigenentwicklungen
	Unberücksichtigte Themenfelder		1	Offene Frage

	Ort des Einholens bei unerfülltem Informationsbedarf	1	
Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote	Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten außerhalb von isPO	11	
Anmerkungen zum Erleben des isPO-Programms und Verbesserungsvorschläge	Anmerkungen zum Erleben des isPO-Programms und Verbesserungsvorschläge	1	Offene Frage

Fragen zur Gesundheit und Person

Medizinische Krebsbehandlung	Art der Krebsbehandlungen	KPF (Pfaff et al., 2009)	1	Adaptiertes Item zum <i>Krankheitsstatus</i>
	Subjektiver Behandlungserfolg	KPF (Pfaff et al., 2004).	2	Reduktion der Itemanzahl
	Subjektiver Behandlungsfehler	KPF (Pfaff et al., 2004).	3	Reduktion der Items
Lebensqualität	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993)	30	
Soziale Unterstützung	Soziale Unterstützung	OSS-3 (Dalgard et al., 1995)	3	
	Soziale Unterstützung	BS6 (Beutel et al., 2017)	6	
Persönlichkeit	Persönlichkeit	BFI-10 (Rammstedt et al., 2014)	10	
	Risikobereitschaft	R-1 (Beierlein et al., 2015)	1	
Ihre Empfindungen im Alltag	Kohärenzsinn	SOC-13 (Abel et al., 1995)	13	
Arbeitsfähigkeit	Arbeitsfähigkeit	WAS (El Fassi et al., 2013)	3	

Wiedereingliederung (Rehabilitations- maßnahmen)	Inanspruchnahme von Rehabilitations- maßnahmen	2
	Psychologische/ psychotherapeutisch e Versorgung während der Reha	2
Erwerbssituation	Erwerbssituation	1
Familienstand	Familienstand	1
Wohnsituation	Weitere im Haushalt wohnende Personen	1
Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens	Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens	1

Quellen

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B. & Haes, J. C. de (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85 (5), 365–376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365
- Abel, T., Kohlmann, T. & Noack, H. (1995). *SOC-Fragebogen.: Revidierte Fassung der Überstzung von Noack, Bachmann u.a. (1987)*.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2015). *Kurzskala zur Erfassung der Risikobereitschaft (R-1)* (Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen). doi: 10.6102/zis236
- Beutel, M. E., Brähler, E., Wiltink, J., Michal, M., Klein, E. M., Jünger, C., Wild, P. S., Münzel, T., Blettner, M., Lackner, K., Nickels, S. & Tibubos, A. N. (2017). Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). *PloS one*, 12 (10), e0186516. doi: 10.1371/journal.pone.0186516
- Dalgard, O. S., Bjørk, S. & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British journal of psychiatry*, 166 (1), 29–34. doi: 10.1192/bjp.166.1.29
- El Fassi, M., Bocquet, V., Majery, N., Lair, M. L., Couffignal, S. & Mairiaux, P. (2013). Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC public health*, 13, 305. doi: 10.1186/1471-2458-13-305
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Warm, M., Wolf, J. & Pfaff, H. (2008). Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstruments „Consultation and Relational Empathy“ (CARE) am Beispiel von Krebspatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58 (1), 5–15. doi: 10.1055/s-2007-970791
- Neumann, M., Wirtz, M., Ernstmann, N., Ommen, O., Längler, A., Edelhäuser, F., Scheffer, C., Tauschel, D. & Pfaff, H. (2011). Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: an initial study using latent class analysis. *Supportive care in cancer*, 19 (8), 1197–1209. doi: 10.1007/s00520-010-0939-1
- Pfaff, H., Steffen, P., Brinkann, A., Lütticke, J. & Nitzsche, A. (2004). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Kennzahlenhandbuch*. Köln. Universität zu Köln.
- Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2014). *Big Five Inventory (BFI-10)* (Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen). doi: 10.6102/zis76
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR): Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1 (3), 343–358.

Anhang 8: Inhalte des Mitarbeiter:innen- und isPO-Onkolots:innenfragebogens I

Mitarbeiter:innenfragebogen I

Fragenblock	Variable	Fremdskala	Item Anzahl	Anmerkungen
Fragen zum Projekt isPO				
Rolle im Projekt	Berufsgruppe / Art des:der isPO-Versorgenden		1	
Umfang der Versorgungstätigkeit	Umfang der isPO-Arbeitstätigkeit		1	
Arbeitstätigkeit in der Einrichtung	Arbeitstätigkeit in der Einrichtung in Jahren		1	
Arbeitstätigkeit im Tätigkeitsfeld	Arbeitstätigkeit im Tätigkeitsfeld in Jahren		1	
Schulung	Teilnahme an der isPO-Schulung		1	
	Bewertung der Schulung		1	
	Bewertung der Schulungsinhalte		2	
	Beantwortung von Fragen		1	
	Verständlichkeit relevanter Informationen		2	
	Weiteres Informationsbedürfnis		2	Einschl. offener Frage, wenn Bedürfnis vorhanden
	Zeitlicher Umfang		1	
	Anzahl der Schulungsteilnehmenden		1	
Erwartungen an isPO	Erwartungen an isPO		6	Hinsichtlich der Patient:innenversorgung, organisatorischer und struktureller Aspekte und der

				Bedeutsamkeit der Psycho- onkologie
Angemessenheit und Umsetzbarkeit des Versorgungs- programms isPO	Akzeptanz von isPO	AIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Angemessenheit von isPO	IAM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Durchführbarkeit von isPO	FIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Identifikation der Versorgenden mit isPO		1	
	Identifikation von Vorgesetzten mit isPO		2	
	Organisations- bezogene Veränderungs- bereitschaft	Organisationsbezoge ne Veränderungs- bereitschaft	ORIC (Shea et al., 2014)	12
Ressourcen und Unterstützung	Ressourcen für die Umsetzung von isPO		3	
Beurteilung des Projekts isPO	Organisatorischer Aufwand		1	
	Einschränkungen durch isPO		1	
	Planungsdefizite	Der Mitarbeiter- kennzahlen- bogen (MIKE) (Pfaff et al., 2004)	2	Reduktion der Itemanzahl
	Informationsbedürfnisse		3	
	Veränderungen der Arbeitsbedingungen		1	
	Allgemeine Bewertung des isPO- Konzepts		1	
Umgang mit Veränderungen	Dispositioneller Widerstand gegen Veränderungen	RTC (Oreg, 2003)	9	Nutzung der 2 Subskalen <i>routine seeking</i> und <i>term</i> <i>focus</i>

Umgang mit Feedback	Vorhandensein einer Ansprechperson		1	
	Umgang mit Rückmeldungen		2	
Schnittstellen und Zusammenarbeit	Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteur:innen	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4	Adaption der ersten 2 Items der Kennzahl <i>Interne Schnittstellen</i>
Zum IT-gestützten Dokumentations-system CAPSYS	System-Gebrauchstauglichkeit	SuS (Brooke, 1996)	10	Deutsche Version von der SAP User Experience Community zur Verfügung gestellt
	Erleichterung der Dokumentation und Abrechnung		1	
	Aufwand		1	
	Ansprechperson		1	
Zur psychologischen Betreuung	Umsetzbarkeit des isPO-Manuals		1	
	Adhärenz an das isPO-Manual		1	
	Bedürfnisorientierte Versorgung		2	
	Beziehungsaufbau		1	
	Kontakthäufigkeit		1	
Fragen zur Arbeit im Allgemeinen				
Zur Arbeitssituation	Berufliche Gratifikationskrisen	ERI (Rödel et al., 2004)	16	inkl. der Subskala <i>Overcommitment</i>
Qualitätsbewusstsein	Qualitätsbewusstsein der Einrichtung	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4	
Leitlinien	Kennen von Leitlinien und Standards		1	
	Nutzen und Kosten einer Leitlinien-Adhärenz		3	Patientennutzen, Versorgungsnutzen, Handlungsfähigkeit

	Kennen der S3-Leitlinie zur Psychoonkologie		1	
	Umsetzbarkeit der S3-Leitlinie		1	
	Evidenzgrad der S3-Leitlinie		1	
Empfindungen auf der Arbeit	Arbeitsbezogener Kohärenzsinn	Work-SoC (Bauer et al., 2015)	9	
Vertrauensorganisation	Vertrauensorganisation	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4	
	Soziale Rückendeckung	KFZA (Prümper et al., 1995)	3	Nur Subskala Soziale Rückendeckung
Arbeitsklima	Innovationsklima	MIKE (Pfaff et al., 2004)	7	
	Offene Kommunikationsskala	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4	
Zufriedenheit mit dem Leben und Beruf insgesamt	Zufriedenheit mit dem Beruf		1	
	Zufriedenheit mit dem Leben	L-1 (Beierlein et al., 2015)	1	
Fragen zur Person im Allgemeinen				
Empfindungen im Alltag	Kohärenzsinn	SOC-13 (Abel et al., 1995)	13	
Persönlichkeit	Persönlichkeit	BFI-10 (Rammstedt et al., 2014)	10	
	Risikobereitschaft	R-1 (Beierlein et al., 2015)	1	
Schulabschluss	Schulische Bildung		1	
Ausbildungsabschluss	Berufliche Bildung		1	
Geschlecht	Geschlecht		1	
Familienstand	Familienstand		1	

Wohnsituation	Weitere im Haushalt wohnende Personen	1	
Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum Projekt	Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum isPO-Projekt	1	Offene Frage

isPO-Onkolots:innen-Fragebogen I

Fragenblock	Variable	Fremdskala	Item Anzahl	Anmerkungen
Fragen zum Projekt isPO				
Arbeitstätigkeit in der Krebs-Selbsthilfe	Arbeitstätigkeit in der Selbsthilfe in Jahren		1	
Schulung	Teilnahme an der isPO-Schulung		1	
	Bewertung der Schulung		1	
	Bewertung der Schulungsinhalte		2	
	Beantwortung von Fragen		1	
	Verständlichkeit relevanter Informationen		2	
	Weiteres Informationsbedürfnis		2	Einschl. offener Frage, wenn Bedürfnis vorhanden
	Zeitlicher Umfang		1	
	Anzahl der Schulungsteilnehmenden		1	
Erwartungen an isPO	Erwartungen an isPO		6	Hinsichtlich der Patient:innenversorgung, organisatorischer und struktureller Aspekte und der Bedeutsamkeit der Psychoonkologie
Angemessenheit und Umsetzbarkeit des Versorgungsprogramms isPO	Akzeptanz von isPO	AIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Angemessenheit von isPO	IAM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung

	Durchführbarkeit von isPO	FIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Identifikation der Versorgenden mit isPO		1	
	Identifikation von Vorgesetzten mit isPO		2	
Organisationsbezogene Veränderungsbereitschaft	Organisationsbezogene Veränderungsbereitschaft	ORIC (Shea et al., 2014)	12	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
Ressourcen und Unterstützung	Ressourcen für die Umsetzung von isPO		2	
Beurteilung des Projekts isPO	Organisatorischer Aufwand		1	
	Einschränkungen durch isPO		1	
	Planungsdefizite	Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE) (Pfaff et al., 2004)	2	Reduktion der Itemanzahl
	Informationsbedürfnisse		3	
	Allgemeine Bewertung des isPO-Konzepts		1	
Umgang mit Veränderungen	Dispositioneller Widerstand gegen Veränderungen	RTC (Oreg, 2003)	9	Nutzung der 2 Subskalen <i>routine seeking short</i> und <i>term focus</i>
Schnittstellen und Zusammenarbeit	Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteur:innen	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4	Adaption der ersten 2 Items der Kennzahl <i>Interne Schnittstellen</i>
Zur Tätigkeit als isPO-Onkolots:in	Ausreichende Vorbereitung		1	
	Patient:innenkontakt		3	
	Bewertung eines Gewinns für Patient:innen		1	

	Erteilen von Ratschlägen		1
	Ansprechperson		1
	Umgebung und Räumlichkeiten		2
	Wunsch selber erhalten zu haben		1
	Zeitpunkt des isPO-Onkolots:innen-Gesprächs		1
Qualitätsbewusstsein	Qualitätsbewusstsein der Einrichtung	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4
Zur Arbeitssituation	Berufliche Gratifikationskrisen	Subskala Overcommitment aus ERI (Rödel et al., 2004)	6
Empfindungen auf der Arbeit	Arbeitsbezogener Kohärenzsinn	Work-SoC (Bauer et al., 2015)	9
Umgang mit Feedback	Vorhandensein einer Ansprechperson		1
	Umgang mit Rückmeldungen		2
Vertrauensorganisation	Vertrauensorganisation	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4
Arbeitsklima	Innovationsklima	MIKE (Pfaff et al., 2004)	7
	Offene Kommunikationsskala	MIKE (Pfaff et al., 2004)	4
Zufriedenheit mit dem Leben und Beruf insgesamt	Zufriedenheit mit dem Beruf		1
	Zufriedenheit mit dem Leben	L-1 (Beierlein et al., 2015)	1
Fragen zur Person im Allgemeinen			
Empfindungen im Alltag	Kohärenzsinn	SOC-13	13

		(Abel et al., 1995)		
Persönlichkeit	Persönlichkeit	BFI-10 (Rammstedt et al., 2014)	10	
	Risikobereitschaft	R-1 (Beierlein et al., 2015)	1	
Schulabschluss	Schulische Bildung		1	
Ausbildungsabschluss	Berufliche Bildung		1	
Geschlecht	Geschlecht		1	
Familienstand	Familienstand		1	
Wohnsituation	Weitere im Haushalt wohnende Personen		1	
Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum Projekt	Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum isPO-Projekt		1	Offene Frage

Quellen

- Abel, T., Kohlmann, T., & Noack, H. (1995). *SOC-Fragebogen.: Revidierte Fassung der Überstzung von Noack, Bachmann u.a. (1987)*.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC: Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 20–30. doi: 10.1026/0943-8149/a000132
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2015). *Kurzskala zur Erfassung der Risikobereitschaft (R-1)* (Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen). doi: 10.6102/zis236
- Beierlein, C., Kovaleva, A., László, Z., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2015). *Kurzskala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1)*. doi: 10.6102/zis229
- Brooke, J. (1996). Sus: A “quick and dirty” usability scale. In P. W. Jordan, B. Thomas, I. L. McClelland, & B. Weerdmeester (Eds.), *Usability Evaluation in Industry* (pp. 4–7). Chapman and Hall/CRC.
- Oreg, S. (2003). Resistance to change: Developing an individual differences measure. *The Journal of Applied Psychology*, 88 (4), 680–693. doi: 10.1037/0021-9010.88.4.680
- Pfaff, H., Pühlhofer, F., Brinkmann, A., Lütticke, J., Nitzsche, A., Steffen, P., Stoll, A., & Richter, P. (2004). *Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE): Kompendium valider Kennzahlen*. Kennzahlenhandbuch. Köln. Universität zu Köln.
- Prümper, J., Hartmannsgruber, K., & Frese, M. (1995). KFZA: Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39 (3), 125–132.
- Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2014). *Big Five Inventory (BFI-10)* (Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen). doi: 10.6102/zis76
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). psychometrische Testung des Fragebogens zur Messung Psychometrische Testung des Fragebogens zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25, 227–238.
- Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: A psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science*, 9, 7. doi: 10.1186/1748-5908-9-7
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12 (1), 108. doi: 10.1186/s13012-017-0635-3

Anhang 9: Inhalte des Mitarbeiter:innen- und isPO-Onkolots:innenfragebogens II

Mitarbeiter:innenfragebogen II

Fragenblock	Variable	Fremdskala	Item Anzahl	Anmerkungen
Fragen zum Projekt isPO				
Umfang der Versorgungstätigkeit	Umfang der isPO-Arbeitstätigkeit		1	
Schulung	Wunsch nach weiteren isPO-Schulungen		1	
	Bewertung der Schulung		2	
Angemessenheit und Umsetzbarkeit des Versorgungsprogramms isPO	Akzeptanz von isPO	AIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Angemessenheit von isPO	IAM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Durchführbarkeit von isPO	FIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
Erwartungserfüllung durch das isPO-Programm	Erwartungserfüllung durch isPO		6	In Anlehnung an den Fragenblock „Erwartungen an isPO“ aus der T1 Befragung; Hinsichtlich Patient:innenversorgung, organisatorische r und struktureller Aspekte und der Bedeutsamkeit der Psychoonkologie
Veränderungen durch das isPO-Programm	Versorgungsqualität		1	

	Versorgungskontinuität		1	
	Zuständigkeiten		1	
	Früherkennung vulnerabler Fälle		1	
	Patient:innennutzen		2	
	psychoonkologischer Versorgungsstrukturen		2	
	Konkrete Veränderungen im Versorgungsnetzwerk		1	Offene Frage
Beurteilung der Arbeitsbedingungen im isPO-Programm	Informationsbedürfnisse		3	
	Planungsdefizite	Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE) (Pfaff et al., 2004)	2	Reduktion der Itemanzahl
	Organisatorischer Aufwand		1	
	Einschränkungen durch isPO		1	
	Veränderungen der Arbeitsbedingungen		1	
Ressourcen und Unterstützung	Ressourcen für die Umsetzung von isPO		3	
Bewertung des isPO-Programms	Einschreibung		2	
	HADS zur Einteilung der Versorgungsstufen		1	
	Bedarfsorientierte Versorgung mittels Versorgungsstufen		1	
	Umsetzbarkeit der Versorgungspfade		1	
	Allgemeine Bewertung des isPO-Konzepts		1	
	Verhältnis Aufwand und Nutzen		1	

Erstkontakt	Zeitpunkt		2	Eine offene Frage
Zur psychologischen Betreuung	Umsetzbarkeit des isPO-Versorgungskonzepts		1	
	Adhärenz an das isPO-Manual		2	
	Bedürfnisorientierte Versorgung		1	
	Beziehungsaufbau		1	
	Kontakthäufigkeit		1	
Zum IT-gestützten Dokumentationssystem CAPSYS	System-Gebrauchstauglichkeit	SuS (Brooke, 1996)	10	Deutsche Version von der SAP User Experience Community zur Verfügung gestellt
	Erleichterung der Dokumentation und Abrechnung		1	
	Aufwand		1	
	Ansprechpartner:in		1	
	Umgang mit Feedback	Ansprechpartner:in netzwerkintern		1
Umgang mit Rückmeldungen (intern)			2	
Ansprechpartner:in netzwerkextern			2	Eine offene Frage
Umgang mit Rückmeldungen (extern)			3	
Qualitätszirkel	Nützlichkeit der Qualitätszirkel		4	
Schnittstellen und Zusammenarbeit	Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteuren	MIKE (Pfaff et al., 2004)	6	Adaption der ersten 2 Items der Kennzahl <i>Interne Schnittstellen</i>
Zuversicht und Bereitschaft	Bereitschaft isPO-Programm umzusetzen		2	

Zuversicht Nachhaltigkeit des isPO-Programms			2	
Fragen zur Arbeit im Allgemeinen				
Empfindungen auf der Arbeit	Arbeitsbezogener Kohärenzsinn	Work-SoC (Bauer et al., 2015)	9	
Zur Arbeitssituation	Berufliche Gratifikationskrisen	ERI (Rödel et al., 2004)	16	inkl. der Subskala <i>Overcommitment</i>
Zufriedenheit mit dem Leben und Beruf insgesamt	Zufriedenheit mit dem Beruf		1	
	Zufriedenheit mit dem Leben	L-1 (Beierlein et al., 2015)	1	
Fragen zur Person im Allgemeinen				
Empfindungen im Alltag	Kohärenzsinn	SOC-13 (Abel et al.,1995)	13	
Anmerkungen oder Verbesserungs- vorschläge zum Projekt	Anmerkungen oder Verbesserungs- vorschläge zum isPO- Projekt		1	Offene Frage

isPO-Onkolots:innen-Fragebogen II

Fragenblock	Variable	Fremdskala	Item Anzahl	Anmerkungen
Fragen zum Projekt isPO				
Arbeitstätigkeit in der Krebs-Selbsthilfe	Arbeitstätigkeit in der Selbsthilfe in Jahren		1	
Umfang der Tätigkeit in isPO	Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche		1	
	Angemessenheit des Umfangs		1	
Tätigkeitszeitraum und Gesprächsanzahl	Datum des ersten Gesprächs		1	Datumfeld MM/JJJJ
	Datum des bislang letzten Gesprächs		1	Datumfeld MM/JJJJ
	Anzahl der Gespräche		1	Zweistelliges offenes Feld
isPO-Schulungen	Bedarf an weiteren Schulungen		1	
	Schulung ausreichend zur Umsetzung der Tätigkeit		2	Einschl. offener Frage, wenn nicht ausreichend
Angemessenheit und Umsetzbarkeit des Versorgungsprogramms isPO	Akzeptanz von isPO	AIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Angemessenheit von isPO	IAM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
	Durchführbarkeit von isPO	FIM (Weiner et al., 2017)	4	Es erfolgte eine regelgeleitete Übersetzung
Erwartungserfüllung durch das isPO-Programm	Erwartungserfüllung durch isPO		6	In Anlehnung an den Fragenblock „Erwartungen an isPO“ aus der T1 Befragung; Hinsichtlich Patient:innenversorgung, organisatorische r und

				struktureller Aspekte und der Bedeutsamkeit der Psycho-onkologie
Beurteilung der Arbeitsbedingungen im isPO-Programm	Informationsbedürfnisse		3	
	Planungsdefizite	Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE) (Pfaff et al., 2004)	2	Reduktion der Itemanzahl
	Organisatorischer Aufwand		1	
Zuversicht und Bereitschaft	Bereitschaft isPO-Programm umzusetzen		2	
	Zuversicht Nachhaltigkeit des isPO-Programms		2	
Bewertung des isPO-Programms	Gesamtbewertung des isPO-Konzepts		1	

Fragen zum:r isPO-Onkolots:in

Bewertung des isPO-Onkolotsen-Konzepts	Bewertung der Einzelnen Konzeptbestandteile		6	
	Gesamtbewertung des Konzepts		1	
	Verbesserungsbedarf		1	Offene Frage
Zur Tätigkeit als isPO-Onkolots:in	Ausreichende Vorbereitung		1	
	Patient:innenkontakt		3	
	Bewertung eines Gewinns für Patient:innen		1	
	Erteilen von Ratschlägen		1	
	Ansprechperson		1	
	Umgebung und Räumlichkeiten		2	
	Wunsch selber erhalten zu haben		1	

	Zeitpunkt des isPO-Onkolots:innen-Gesprächs		1	
	Organisatorische Rahmenbedingungen		2	
	Unterstützung bei belastenden Gesprächen		4	Inkl. zwei offener Fragen zur Ansprechperson
Schnittstellen und Zusammenarbeit	Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteur:innen	MIKE (Pfaff et al., 2004)	2	Adaption der ersten 2 Items der Kennzahl <i>Interne Schnittstellen</i>
Umgang mit Feedback	Ansprechpartner:in netzwerkintern		2	Eine offene Frage
	Umgang mit Rückmeldungen (intern)		2	
	Ansprechpartner:in netzwerkextern		2	Eine offene Frage
	Umgang mit Rückmeldungen (extern)		2	
Zur Arbeitssituation	Berufliche Gratifikationskrisen	Subskala Overcommitment aus ERI (Rödel et al., 2004)	6	
Empfindungen auf der Arbeit	Arbeitsbezogener Kohärenzsinn	Work-SoC (Bauer et al., 2015)	9	
Zufriedenheit mit dem Leben und Beruf insgesamt	Zufriedenheit mit dem Beruf		1	
	Zufriedenheit mit dem Leben	L-1 (Beierlein et al., 2015)	1	
Fragen zur Person im Allgemeinen				
Empfindungen im Alltag	Kohärenzsinn	SOC-13 (Abel et al., 1995)	13	
Schulabschluss	Schulische Bildung		1	
Erwerbssituation	Erwerbssituation			
Geschlecht	Geschlecht		1	

Geburtsjahr	Geburtsjahr	1	
Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum Projekt	Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum isPO-Projekt	1	Offene Frage

Quellen

- Abel, T., Kohlmann, T., & Noack, H. (1995). *SOC-Fragebogen.: Revidierte Fassung der Überstzung von Noack, Bachmann u.a. (1987)*.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC: Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 20–30. doi: 10.1026/0943-8149/a000132
- Beierlein, C., Kovaleva, A., László, Z., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2015). *Kurzskala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1)*. doi: 10.6102/zis229
- Brooke, J. (1996). Sus: A “quick and dirty” usability scale. In P. W. Jordan, B. Thomas, I. L. McClelland, & B. Weerdmeester (Eds.), *Usability Evaluation in Industry* (pp. 4–7). Chapman and Hall/CRC.
- Pfaff, H., Pühlhofer, F., Brinkmann, A., Lütticke, J., Nitzsche, A., Steffen, P., Stoll, A., & Richter, P. (2004). *Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE): Kompendium valider Kennzahlen*. Kennzahlenhandbuch. Köln. Universität zu Köln.
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). psychometrische Testung des Fragebogens zur Messung Psychometrische Testung des Fragebogens zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25, 227–238.
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12 (1), 108. doi: 10.1186/s13012-017-0635-3

Anhang 10: Inhalte des Fragebogens für onkologisches Klinikpersonal

Frageblock	Variable	Fremdskala	Item Anzahl	Anmerkungen
Berufsgruppe	Berufsgruppe		1	
	Versorgungsbereich		1	Offene Frage
Wissen um das isPO-Programm	Wissen um das isPO-Programm vor Befragung		1	
	Wie vom isPO-Programm erfahren wurde		1	Offene Frage
Das isPO-Programm	Informationsbedürfnisse		3	
	Einschränkungen durch isPO		1	
	Patient:innennutzen		1	
	Umsetzbarkeit		1	
	Wissen um das isPO Programmkonzept		1	
	Bewertung des Programmkonzepts		1	
	Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum Projekt	Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum isPO-Projekt		1

Anhang 11: Leitfaden zu den Patient:inneninterviews

1. Welle

Einführung	
Begrüßung	<p>Begrüßung des Teilnehmenden, Dank für die Teilnahme, Vorstellung des Erhebungsteams (falls Interviewter den Interviewer noch nicht kennt und Rolle des IMVR nochmals verdeutlichen)</p> <p>Guten Morgen Herr/ Frau ... Wir freuen uns, dass sich die Möglichkeit ergeben hat, das Interview hier in ... durchzuführen. Vielen Dank, dass Sie an diesem Interview teilnehmen.</p>
Ziel	<p>Ziel des Interviews vorstellen (vertiefte Informationen, wie das isPO-Programm vom Patienten erlebt wurde) Teilnehmenden zum offenen Gespräch anregen</p> <p>In diesem Interview möchten wir Ihnen die Gelegenheit dazu geben, von Ihren Erfahrungen mit Ihrer psychoonkologischen Versorgung in Ihrem behandelnden Krankenhaus zu berichten. Wir interessieren uns hierbei besonders für</p>
Ablauf	<p>Kein richtig oder falsch, Ihre Meinungen und Erfahrungen; Dauer des Interviews (min.), Aufnahme</p> <p>Sprechen Sie ganz frei. Es gibt weder „richtige“ noch „falsche“ Antworten. Ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Meinungen zählen! Insgesamt möchten wir uns 1 Stunde Zeit nehmen. Das Interview würden wir gerne, soweit Sie damit einverstanden sind, aufnehmen. So können wir uns besser auf das Gespräch konzentrieren. Und es erleichtert uns auch die Auswertung.</p>
Datenschutz	<p>Transkription anonymisiert, Ausfüllen der EV,</p> <p>Die Aufnahme wird von einem Transkriptionsbüro verschriftlicht. Ihr Name wird dabei durch Pseudonyme ersetzt. Berichtet werden nur anonyme Daten.</p>

	Haben Sie noch Fragen zum Ablauf oder Hintergrund des Interviews? Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, würden wir nun mit dem Interview beginnen. (Einschalten der Aufnahmegeräte)
Rollendefinition	<p>Interviewer, Ko-Interviewer</p> <p>Zunächst möchten wir Ihnen kurz erklären, wer von uns beiden welche Aufgabe während des Interviews übernimmt.</p> <p>Interviewer: Reingeben der Fragen, evtl. Notizen für Rückfragen</p> <p>Ko-Interviewer: stellt evtl. auch Rückfragen</p>
Fragen	Klärung von Fragen seitens der Teilnehmenden Einschalten des Aufnahmegeräts
Vorstellung/Einführung	Vorstellungsrunde des Teilnehmenden

Leitfrage	Nachfragen	Check
<p>Von der Diagnosestellung zur Teilnahme am isPO-Programm Sie wurden nun ca. ein Jahr lang psychoonkologisch am XX-Krankenhaus versorgt. Gerne würde ich mit Ihnen gedanklich an den Beginn zurückkehren und von da an über Ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen bezüglich der psychoonkologischen Unterstützung, die Sie erhalten haben, sprechen.</p>		
<p>Bitte beschreiben Sie kurz wie Sie sich nach der Diagnosestellung gefühlt haben.</p>	<p><u>Wenn Sie an die Diagnosestellung denken, hatten Sie das Gefühl, dass es Ihnen gelingen wird die Situation zu überwinden?</u> Wenn ja,... Was gab Ihnen dieses Gefühl/ diese Zuversicht? ... Was hat Ihnen in dieser Situation konkret geholfen? Wenn nein,...Hat Ihnen im weiteren Verlauf etwas geholfen, was Ihnen Kraft gab nicht aufzugeben?</p> <p><u>Hatten Sie nach Diagnosestellung das Gefühl, dass Sie nicht wissen, was Sie tun sollen?</u> Wenn ja,...Wie sind Sie damit umgegangen? ... Was hat Ihnen in dieser Situation geholfen? Wenn nein,...Was hat Ihnen in dieser Situation diese Sicherheit gegeben?</p> <p><u>Hatten Sie zu der Zeit das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im alltäglichen Leben tun, wenig Sinn haben?</u> Wenn ja,... Hat sich dieses Gefühl mittlerweile geändert? → Was hat Ihnen hierbei geholfen?</p> <p>ODER →Was glauben Sie brauchen Sie/hätten Sie gebraucht, um wieder einen Sinn zu finden?</p> <p>Wenn nein,... Was hat Ihnen Sinn gegeben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Befinden Diagnosestellung - Handhabbarkeit - Verstehbarkeit - Sinnhaftigkeit - Ressourcen

Leitfrage	Nachfragen	Check
Wie haben Sie erstmals vom isPO-Programm erfahren?	<ul style="list-style-type: none"> - Warum haben Sie sich dazu entschieden am isPO-Programm teilzunehmen? - <u>Was hätten Sie getan, wenn es kein isPO-Programm gegeben hätte?</u> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Hätten Sie ohne das isPO-Programm auch psychoonkologische Unterstützung aufgesucht bzw. in Anspruch genommen? ➔ Wenn nicht: Weshalb? 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschreibeprozess/Zugang - Aufmerksam werden auf isPO - Gründe für Teilnahme
Wie sollte man Ihrer Meinung nach als Patient von dem Programm erfahren?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Durch wen oder was sollte man als Patient Ihrer Meinung nach angesprochen werden?</u> - <u>Wo und wann sollte man Ihrer Meinung nach als Patient von dem Programm erfahren?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Medium (Flyer, Poster) - Zeitpunkt - Person (aufsuchend)
Bewertung des Versorgungsprogramms		
Wie würden Sie isPO einem Freund oder einer Freundin mit kurzen Worten beschreiben?	<p><u>Was ist das Ziel von isPO?</u></p> <p>Wie haben Sie isPO erlebt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarfsorientiert, passgenau, professioneller Support, - sektorenübergreifend
Das isPO-Programm möchte Patienten abhängig von ihrem individuellen Bedarf Unterstützung anbieten. Hierfür kann der Patienten theoretisch mit mehreren Personen in Kontakt kommen. Wie war das bei Ihnen? Auf welche Art und Weise haben Sie	<p><u>Wie sah die Unterstützung durch XX konkret aus?</u> ➔ Wie hat sich der Kontakt zu dieser/n Person/en auf Ihre Situation oder Ihr Befinden ausgewirkt?</p> <p><u>Braucht es Ihrer Meinung nach, unterschiedliche Professionen, um Patienten entsprechend ihrer Bedürfnisse zu unterstützen?</u></p> <p><u>Wie wichtig ist es für Sie einen festen professionellen Ansprechpartner zu haben? (während der Krebsbehandlung)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgerkontakt - Bedarfsorientiert - Onkolotsen

Leitfrage	Nachfragen	Check
innerhalb des isPO-Programms Unterstützung erhalten?	<u>Hatten Sie im Rahmen von isPO ein Gespräch mit einer ehemals an Krebs erkrankten Person?</u> Wenn ja, ... Wie haben Sie dieses wahrgenommen?	
Das isPO-Programm wurde neu am XX-Krankenhaus eingeführt, d.h. das Krankenhaus musste neue Strukturen und Abläufe einführen. Hatten Sie jemals das Gefühl, dass sich diese Veränderungen im Kontakt zu Ihnen zeigte?	<u>Gab es organisatorische Herausforderungen während Ihres Beratungsprozesses?</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Erreichbarkeit - Fester Kontaktpartner - Terminierungen - Sektorenübergang - Sichtbarkeit
Als wie professionell haben Sie die verschiedenen Unterstützungspersonen im isPO-Programm wahrgenommen?	Wie sicher haben die unterschiedlichen Unterstützungspersonen in ihrer Rolle auf Sie gewirkt?	<ul style="list-style-type: none"> - Professionalität

2. Welle

isPO Patienteninterviews (formative & summative Evaluierung)

Einführung	
Begrüßung	<p>Begrüßung des Teilnehmenden, Dank für die Teilnahme, Vorstellung des Erhebungsteams (falls Interviewter den Interviewer noch nicht kennt und Rolle des IMVR nochmals verdeutlichen)</p> <p>Guten Morgen Herr/ Frau ... Wir freuen uns, dass Sie die Möglichkeit wahrgenommen haben, das Interview hier in ... durchzuführen. Vielen Dank, dass Sie an diesem Interview teilnehmen.</p>
Ziel	<p>Ziel des Interviews vorstellen (vertiefte Informationen, wie das isPO-Programm vom Patienten erlebt wurde) Teilnehmenden zum offenen Gespräch anregen</p> <p>Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns von Ihren persönlichen Erfahrungen mit der psychoonkologischen Versorgung in Ihrem behandelnden Krankenhaus berichten. Wir interessieren uns hierbei besonders dafür, wie Sie den Ablauf der Versorgung erlebt haben und wie diese seit der Coronapandemie stattfindet.</p>
Ablauf	<p>Kein richtig oder falsch, Ihre Meinungen und Erfahrungen; Dauer des Interviews (min.), Aufnahme</p> <p>Sprechen Sie bitte ganz frei. Es gibt weder „richtige“ noch „falsche“ Antworten. Ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Meinungen zählen! Insgesamt möchten wir uns 1 Stunde Zeit nehmen. Das Interview würden wir gerne, soweit Sie damit einverstanden sind, aufnehmen. So können wir uns besser auf das Gespräch konzentrieren. Und es erleichtert uns auch die Auswertung.</p>

Datenschutz	<p>Transkription anonymisiert, Ausfüllen der EV,</p> <p>Die Aufnahme wird von einem Transkriptionsbüro verschriftlicht. Ihr Name wird dabei durch Pseudonyme ersetzt. Berichtet werden nur anonyme Daten.</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf oder Hintergrund des Interviews? Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, würden wir nun mit dem Interview beginnen. (Einschalten der Aufnahmegeräte)</p>
Fragen	Klärung von Fragen seitens der Teilnehmenden Einschalten des Aufnahmegeräts

Leitfrage	Nachfragen	Check
<p>Von der Diagnosestellung zur Teilnahme am isPO-Programm Sie wurden nun ca. ein Jahr lang psychoonkologisch am XX-Krankenhaus versorgt. Gerne würde ich mit Ihnen gedanklich an den Beginn zurückkehren. Was waren zu dieser Zeit über Ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen.</p>		
<p>Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie sich nach der Diagnosestellung gefühlt haben.</p>	<p><u>Wenn Sie an die Diagnosestellung denken, hatten Sie das Gefühl, dass es Ihnen gelingen wird die Situation zu überwinden?</u> Wenn ja,... Was oder wer gab Ihnen dieses Gefühl/ diese Zuversicht? ... Was hat Ihnen in dieser Situation konkret geholfen? Wenn nein,...Hat Ihnen im weiteren Verlauf etwas im Umgang mit der Diagnose geholfen?</p> <p><u>Hatten Sie nach Diagnosestellung das Gefühl, dass Sie nicht wissen, was Sie tun sollen?</u> Wenn ja,...Wie sind Sie damit umgegangen? ... Was hat Ihnen in dieser Situation geholfen? Wenn nein,...Was hat Ihnen in dieser Situation diese Sicherheit gegeben?</p> <p><u>Hatten Sie zu der Zeit das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im alltäglichen Leben tun, wenig Sinn haben?</u> Wenn ja,... Was oder wer hat Ihnen hierbei geholfen? Wenn nein,... Was oder wer hätte Ihnen Kraft gegeben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Befinden Diagnosestellung - Handhabbarkeit - Verstehbarkeit - Sinnhaftigkeit - Ressourcen
<p>PREM: Behandlungsprozess</p>		

Leitfrage	Nachfragen	Check
<p>Welche Erfahrungen haben Sie in der isPO-Versorgung gemacht?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Was fanden Sie in Ihrer individuellen isPO-Versorgung hilfreich? <ul style="list-style-type: none"> o Welche Bestandteile gab es, die hilfreicher waren als andere? o Welche Bestandteile der isPO-Unterstützung haben Sie als störend empfunden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Hilfen oder Unterstützungen hätten Sie in dem Moment eher gebraucht? ▪ Welche Erwartungen wurden nicht erfüllt? - Wie haben Sie die Koordination empfunden? - Wie haben Sie die Zeit zwischen den Terminen empfunden? <ul style="list-style-type: none"> o Wie haben Sie die Zeit zwischen Ihrer Diagnose und dem Start des Programms empfunden? o Wie haben Sie sich in den verschiedenen Phasen der Behandlung gefühlt? o Wie haben Sie die Zeit zwischen den psychotherapeutischen/psychosozialen Gesprächen empfunden? - Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden? 	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang - Termine - Wartezeiten - Rechtzeitigkeit - Hilfe-/Unterstützungsbedarf - Angemessenheit

PREM: Patienten-Leistungserbringer-Beziehung		
<p>Welche Erfahrungen haben Sie in der isPO-Versorgung mit dem Behandlungsteam gemacht?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Gespräche/Hilfeangebote/Informationen wurden Ihnen im Verlauf der isPO-Versorgung angeboten? - Wie haben Sie sich vom isPO-Behandlungsteam begleitet gefühlt? <u>Wenn gut:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Gespräche/Unterstützungsangebote empfanden Sie als hilfreich? ○ Wer/Was hat Ihnen in Ihrer Situation besonders geholfen? ○ Was hätten Sie sich von Ihrem Behandlungsteam gewünscht? <u>Wenn schlecht:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ In welcher Situation fühlten Sie sich nicht ausreichend betreut? ○ Welche/n Ansprechpartner*innen und/oder Informationen hätten Sie sich im Verlauf von Ihrem isPO-Behandlungsteam gewünscht? - Inwiefern wurden Ihre Wünsche vom isPO-Behandlungsteam berücksichtigt? - Wie fühlten Sie sich in unterschiedlichen Phasen Ihrer Betreuung vom isPO-Behandlungsteam verstanden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Fragen blieben offen? ○ Inwiefern hatten Sie einen isPO Ansprechpartner*in/Unterstützung, wenn Sie konkrete Hilfe benötigten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuung durch Onkolotsen, Case Manager, PT, PSF etc. - Ausreichend Information - Kommunikation - Selbsthilfeeinformationen - Empathie - Involvierung - Emotionale Unterstützung

PROM: Patientenzufriedenheit		
<p>Wenn Sie auf Ihre isPO-Versorgung zurückblicken, würden Sie anderen Krebserkrankten das Angebot empfehlen?</p>	<p><u>Wenn ja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Warum finden Sie ein unterstützendes Angebot einer isPO-Versorgung für Krebspatient*innen wichtig? <p><u>Wenn nein:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Warum würden Sie die isPO-Versorgung für Krebspatient*innen nicht weiterempfehlen? <ul style="list-style-type: none"> - Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer individuellen isPO-Versorgung? - Was würden Sie anderen Betroffenen mit auf den Weg geben? 	<ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit - Empfehlung
Corona		
<p>Wie haben Sie die isPO-Versorgung seit der Corona-Pandemie, also ab März 2020, erlebt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inwieweit hat sich die Unterstützung durch das isPO-Programm für Sie verändert? - Inwieweit war das isPO-Team für Sie erreichbar? - In wieweit hat sich Ihr Unterstützungsbedarf während der Corona-Pandemie geändert? 	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassung der Unterstützung - Kontaktform - Kontakthäufigkeit - Versorgungsabbrüche - Erreichbarkeit - Veränderung des Unterstützungsbedarfs

Gesamtbewertung		
Was hat Ihnen am isPO-Programm besonders gefallen?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Was hat Ihnen am meisten geholfen?</u> - Was fanden Sie besonders wichtig? 	<ul style="list-style-type: none"> - Fester Ansprechpartner - Sicherheitssignal (sofortige Hilfe) - koordinierte und schnelle Hilfe - auch telefonische Unterstützung mgl. - Anmeldung, d.h. keine Überraschung
In isPO konnten Sie nach Diagnosestellung für 12 Monate lang begleitet werden. Wie empfanden Sie diesen 12-monatigen Zeitraum?	<u>Ist der Unterstützungsbeginn zu zeitig oder passend?</u> <u>Ist der Unterstützungszeitraum von einem Jahr angemessen? → Warum?</u> Wenn Sie das Programm entwickeln würden, wie würden Sie den Unterstützungszeitraum gestalten?	Unterstützungsbeginn Unterstützungszeitraum
Was fanden Sie ungewöhnlich ? Was empfanden Sie als unangenehm oder verbesserungswürdig ?	Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf? <u>Was fehlt Ihrer Meinung nach?</u>	Informationsflut und -kanäle Andere Unterstützungsformen (z.B. Angehörigengespräche, Musiktherapie, Kunsttherapie, etc.) Zugehend an Angebot erinnern („am Patienten dranbleiben“ und somit wirklich begleiten)

Ausblick		
isPO ist ein neuartiges Programm, dass nur an 4 Krankenhäusern angeboten und erprobt wurde. Was würden Sie isPO für die Zukunft wünschen?	Was wäre nötig, um isPO flächendeckend anzubieten?	Nachhaltigkeit (Regelversorgung) Flächendeckende Ausbreitung Professionelle Beratung in Dtl. Geschultes PO Personal Sichtbarmachung und Werbung für 4. Säule der Therapie
Ist psychoonkologische Unterstützung über das einjährige isPO-Programm hinaus nötig?	Wie lange sollten Krebspatienten psychoonkologische Unterstützung erhalten können?	Unterstützungszeitraum (flexibel) Anschlussbehandlung
<p>Zum Abschluss: Gibt es noch etwas Auffälliges / Wichtiges/ Gutes/ Problematisches, was Sie uns zu dem isPO-Projekt erzählen möchten, was zuvor nicht zur Sprache gekommen ist?</p>		

3. Welle

Einführung	
Begrüßung	<p>Begrüßung des Teilnehmenden, Dank für die Teilnahme, Vorstellung des Erhebungsteams (falls Interviewer den Interviewer noch nicht kennt und Rolle des IMVR nochmals verdeutlichen)</p> <p>Guten Morgen Herr/ Frau ... Ich freue mich sehr, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an diesem telefonischen Interview teilzunehmen. Vielen Dank dafür.</p>
Ziel	<p>Ziel des Interviews vorstellen (vertiefte Informationen, wie das isPO-Programm vom Patienten erlebt wurde) Teilnehmenden zum offenen Gespräch anregen</p> <p>Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns von Ihren persönlichen Erfahrungen mit der psychoonkologischen Versorgung in Ihrem behandelnden Krankenhaus berichten. Wir interessieren uns hierbei besonders dafür, wie Sie den Ablauf der Versorgung zu diesen <u>besonderen Zeiten</u> erlebt haben (Coronapandemie).</p>
Ablauf	<p>Kein richtig oder falsch, Ihre Meinungen und Erfahrungen; Dauer des Interviews (min.), Aufnahme</p> <p>Sprechen Sie ganz frei. Es gibt weder „richtige“ noch „falsche“ Antworten. Ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Meinungen zählen! Insgesamt möchten wir uns 45-50 Minuten Zeit nehmen. Das Interview würden wir gerne, soweit Sie damit einverstanden sind, aufnehmen. So können wir uns besser auf das Gespräch konzentrieren. Und es erleichtert uns auch die Auswertung.</p>
Datenschutz	<p>Transkription anonymisiert, Ausfüllen der EV</p> <p>Die Aufnahme wird von einem Transkriptionsbüro verschriftlicht. Ihr Name wird dabei durch Pseudonyme ersetzt. Berichtet werden nur anonyme Daten.</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf oder Hintergrund des Interviews? Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, würden wir nun mit dem Interview beginnen. (Einschalten der Aufnahmegeräte)</p>
Rollendefinition	<p>Interviewer, Ko-Interviewer</p> <p>Zunächst möchten wir Ihnen kurz erklären, wer ich bin und was in isPO unsere Rolle ist.</p>

Leitfrage	Nachfragen	Check
<p>Von der Diagnosestellung zur Teilnahme am isPO-Programm Sie wurden nun ca. ein Jahr lang psychoonkologisch am XX-Krankenhaus versorgt. Gerne würde ich mit Ihnen gedanklich an den Beginn zurückkehren und von da an über Ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen bezüglich der psychoonkologischen Unterstützung, die Sie erhalten haben, sprechen.</p>		
<p>Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie sich nach der Diagnosestellung gefühlt haben.</p>	<p><u>Wenn Sie an die Diagnosestellung denken, hatten Sie das Gefühl, dass es Ihnen gelingen wird die Situation zu überwinden?</u> Wenn ja,... Was gab Ihnen dieses Gefühl/ diese Zuversicht? ... Was hat Ihnen in dieser Situation konkret geholfen? Wenn nein,...Hat Ihnen im weiteren Verlauf etwas geholfen, was Ihnen Kraft gab, nicht aufzugeben?</p> <p><u>Hatten Sie nach Diagnosestellung das Gefühl, dass Sie nicht wissen, was Sie tun sollen?</u> Wenn ja,...Wie sind Sie damit umgegangen? ... Was hat Ihnen in dieser Situation geholfen? Wenn nein,...Was hat Ihnen in dieser Situation diese Sicherheit gegeben?</p> <p><u>Hatten Sie zu der Zeit das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im alltäglichen Leben tun, wenig Sinn haben?</u> Wenn ja,... Hat sich dieses Gefühl mittlerweile geändert? → Was hat Ihnen hierbei geholfen? ...Was glauben Sie brauchen Sie/hätten Sie gebraucht, um wieder einen Sinn zu finden? Wenn nein,... Was hat Ihnen Sinn gegeben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Befinden Diagnosestellung - Handhabbarkeit - Verstehbarkeit - Sinnhaftigkeit - Ressourcen
<p>Wie haben Sie erstmals vom isPO-Programm erfahren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auf welche Art und Weise <u>sollte man Ihrer Meinung nach als Patient:in vom isPO Programm erfahren?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschreibeprozess/Zugang-Medium, Zeitpunkt, Person (aufsuchend)

	<ul style="list-style-type: none"> - Warum haben <u>Sie sich dazu entschieden</u>, am isPO-Programm teilzunehmen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksam werden auf isPO - Gründe für Teilnahme
Wie würden Sie isPO einem Freund beschreiben?		<ul style="list-style-type: none"> - Verstehbarkeit - Elemente
Bewertung des Versorgungsprogramms unter COVID-19		
<p>Das isPO-Programm möchte Patient:innen abhängig von ihrem individuellen Bedarf Unterstützung anbieten. Hierfür ist theoretisch der Kontakt mit mehreren Personen möglich.</p> <p>Wie war das bei Ihnen?</p> <p>Auf welche Art und Weise haben Sie innerhalb des isPO-Programms Unterstützung erhalten?</p>	<p><u>Wie sah die Unterstützung durch XX konkret aus?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → <u>Wie war die erste Kontaktaufnahme?</u> → In welcher Form hatten Sie Kontakt? (persönlich, telefonisch, virtuell?) → <u>Wie haben Sie diese telefonischen oder virtuellen Gespräche erlebt?</u> → War es Ihnen hierbei möglich offen über Ihre Themen zu sprechen? → Empfinden Sie die telefonischen/virtuellen Gespräche hilfreich? → Inwiefern macht es Ihrer Meinung nach einen Unterschied, ob die Gespräche persönlich, telefonisch bzw. virtuell stattfinden? <p><u>Braucht es Ihrer Meinung nach, unterschiedliche Professionen, um Patienten entsprechend ihrer Bedürfnisse zu unterstützen?</u></p> <p><u>Wie wichtig ist es für Sie eine:n feste:n professionelle:n Ansprechpartner:in zu haben?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Hatten Sie in isPO eine:n solche:n Ansprechpartner:in? Wer war diese Person aus dem isPO Team? 	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgerkontakt - Art des Kontakts - Bedarfsorientiert - Multiprofessionelle Versorgung - Feste:r Ansprechpartner:in - Onkolotsen

	<p><u>Hatten Sie im Rahmen von isPO ein Gespräch mit einer ehemals an Krebs erkrankten Person?</u></p> <p>Wenn ja, ... Wie haben Sie dieses wahrgenommen?</p>	
<p>Inwiefern haben sich organisatorische Herausforderungen während Ihres Beratungsprozesses ergeben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inwieweit war das isPO-Team für Sie erreichbar? - An wen haben Sie sich mit organisatorischen Fragen gewendet? - <u>Waren die Gesprächstermine für Sie passend vereinbart? (Zeitpunkt, Häufigkeit)</u> - <u>Wie war es, wenn Sie akuten Gesprächsbedarf hatten?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Erreichbarkeit - Fester Kontaktpartner - Terminierungen - Sektorenübergang - Sichtbarkeit - Verstehbarkeit
<p>Wenn Sie zurückblicken auf die 12monatige Unterstützung im isPO Programm während der Pandemie. Inwieweit ist isPO Ihrem individuellen Unterstützungsbedarf gerecht geworden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inwiefern haben Sie diese als bedarfsorientiert erlebt? - In wieweit hat sich Ihr Unterstützungsbedarf während der Corona-Pandemie geändert? - Was hat Ihnen besonders geholfen? - Was fanden Sie besonders wichtig? - Was hätten Sie sich noch gewünscht? 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarfsorientierung - Unterstützungsbedarf - Kontinuität - Sicherheitsgefühl - USPs? - Versorgungslücken
<p>In isPO konnten Sie nach Diagnosestellung für 12 Monate lang unterstützt werden. Wie empfanden Sie den 12-monatigen Unterstützungszeitraum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ist der Unterstützungsbeginn zu zeitig oder passend?</u> - <u>Ist der Unterstützungszeitraum von einem Jahr angemessen? → Warum?</u> - Wenn Sie das Programm entwickeln würden wie würden Sie den Unterstützungszeitraum gestalten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützungsbeginn - Unterstützungszeitraum - Flexibilität am Ende

Gesamtbewertung		
Was ist für Sie rückblickend Ihr persönlicher Mehrwert durch die isPO-Programmteilnahme gewesen?	Würden Sie anderen Krebserkrankten zum isPO-Programm raten?	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Unterstützung - Prozessbegleitung zur med. Therapie - Seelische, emotionale Unterstützung
Was fanden Sie ungewöhnlich ? Was empfanden Sie als unangenehm oder verbesserungswürdig ?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Was ist anders im Vergleich zu anderen Programmen?</u> - Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf? - <u>Was fehlt Ihrer Meinung nach?</u> - <u>Sollte Ihrer Meinung nach die Option für telefonische oder virtuelle Gespräche nach Corona beibehalten werden?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsflut und -kanäle - Andere Unterstützungsformen (z.B. Angehörigengespräche, Musiktherapie, Kunsttherapie, etc.) - Zugehend an Angebot erinnern („am Patienten dran bleiben“ und somit wirklich begleiten)
isPO ist ein neuartiges Programm, das nur an 4 Krankenhäusern angeboten und erprobt wurde. Was würden Sie isPO für die Zukunft wünschen?	<ul style="list-style-type: none"> - Was wäre nötig, um isPO flächendeckend anzubieten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nachhaltigkeit (Regelversorgung) - Flächendeckende Ausbreitung - Professionelle Beratung in Dtl. - Geschultes PO Personal - Sichtbarmachung und Werbung für 4. Säule der Therapie
<p>Zum Abschluss: Gibt es noch etwas Auffälliges / Wichtiges/ Problematisches, was Sie uns zu dem isPO-Projekt erzählen möchten aber zuvor nicht zur Sprache gekommen ist?</p>		

Anhang 12: Kategoriensystem zur Auswertung der Patient:inneninterviews

1. Welle

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
Befinden nach Diagnosestellung			
	Emotionaler Ausnahmezustand		
	Arzt:Ärztin-Patient:innen-Beziehung		
	Handhabbarkeit (SOC)		
	Verstehbarkeit (SOC)		
	Sinnhaftigkeit (SOC)		
Herausforderungen Sektorengrenze Onkologie			
Empfundene Alternativen zu isPO			
Patient:innenseitige Programmwahrnehmung von isPO			
	Zielverständnis von isPO		
	Zugang zum isPO-Programm		
		Art und Weise der Ansprache	
		Zeitpunkt der Ansprache	
		Motivation zur Teilnahme	
	Erlebte Unterstützung durch das isPO-Programm		
		Inhalte der Unterstützung	
		Art der Unterstützung	
			Professionelle Unterstützung (PSF & PT)
			Peer Support (Onkolots:in)
		Professionsübergreifendes Arbeiten	
	Förderliche Faktoren für die Implementierung		
		Wahrgenommene Sinnhaftigkeit des isPO-Programms	
			Poststationäre Kontaktierung
			Sektorübergreifend
			Adäquate Programmaufklärung
		Zeitnaher Versorgungszugang	
		Professionalität der Versorgenden	
		Erreichbarkeit	
		Feste:r Ansprechpartner:in	
		Bedarfsorientierte Versorgung	
		Psychologische Betreuung (Stufe 3)	
		Versorgungskontinuität	

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
	Hinderliche Faktoren für die Implementierung		
		Stigma psychologische Unterstützung	
		Erreichbarkeit	
		Erkrankungsunabhängige Belastungen	
		Unzureichende Programmaufklärung	
		Umfang Unterlagen	
		Zeitpunkt des Onkolots:innengesprächs	
		Patient:innenverständnis der Onkolots:innen	
		Krebsentität der Onkolots:innen	
Optimierungsbedarf			
	Mehr Personal		
	Unterstützung der Angehörigen		
	Informationsbedarf decken		
	Anlaufstelle nach Programmbeendigung		
	Patient:innen – Nachbefragung		
	Patient:innenorientiertes Marketing		
	Späterer Unterstützungsbeginn		
	Aufsuchende Arbeit		
	Unterstützungszeitraum ausweiten		
isPO in der Regelversorgung			
	Fachübergreifende Zusammenarbeit in der Onkologie		
	Qualifiziertes Personal		
	Wunsch nach Ausweitung		

2. Welle

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
Befinden nach Diagnosestellung			
	Sinnhaftigkeit (SOC)		
	Verstehbarkeit (SOC)		
	Handhabbarkeit (SOC)		
	Arzt:Ärztin-Patient:innen-Beziehung		
	Emotionaler Ausnahmezustand		
		Belastungen durch die Pandemie	
Herausforderungen Sektorengrenze Onkologie			
	Wartezeiten unter Corona		
Empfundene Alternativen zum isPO-Programm			
Programmwahrnehmung von isPO			
	Zielverständnis		
	Zugang zum isPO-Programm		
		Motivation zur Teilnahme	
		Zeitpunkt der Ansprache	
		Art und Weise der Ansprache	
	Erlebte Unterstützung durch das isPO-Programm		
		Professionelle Unterstützung (PSF & PT)	
		Peer Support (Onkolots:in)	
		Case Management	
		Lotsende Funktion	
		Inhalte der Unterstützung	
	Versorgung unter Corona		
		Aufrechterhaltung der Versorgung	
		Verlangsamte Versorgung	
		Unterstützungsbedarf	
		Therapeutische Allianz	
		Thematisierung in PT-Gesprächen	
		Aufsuchende Arbeit durch PT	
	Förderliche Faktoren für die Implementierung		
		Psychologische Betreuung (Stufe 3)	
			therapeutische Allianz
			Bereitstellen Informationen über Anlaufstellen

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
			Versorgung/ Einbindung der Angehörigen
		Bedarfsorientierte Versorgung	
			Versorgungszeit raum
		Zeitnaher Versorgungszugang	
			Zugang über Ansprache der Versorgenden
		Feste:r Ansprechpartner:in	
		Wahrgenommene Sinnhaftigkeit des isPO-Programms	
			Adäquate Programm- aufklärung
		Erreichbarkeit	
		Professionalität der Versorgenden	
		Onkolots:innen-Konzept	
		Wohnortnähe	
		Versorgungskontinuität	
	Hinderliche Faktoren für die Implementierung		
		Onkolots:innengespräche	
			Patient:innenver ständnis der Onkolots:innen
			nicht verfügbare Onkolots:innen
			Zeitpunkt des Onkolots:inneng esprächs
			Krebsentitäten der Onkolots:innen
		Unzureichende Programmaufklärung	
		fehlende Ansprechpartner:innen	
		Anzahl Versorgenden-Rollen	
		Terminierung Gespräche	
		Ungleichgewicht Studien- & Versorgungsanteil	
		Zeitpunkt Versorgungszugang	
		keine Kostenerstattung der Anfahrtskosten	

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
Optimierungsbedarf			
	Unterstützungszeitraum flexibler gestalten		
		feste Nachsorgetermine	
	intensivere psychosoziale Unterstützung		
	Unterstützungsbeginn		
	Zusammenarbeit mit Onkologie		
	Vernetzung zwischen Patient:innengruppen		
	Räumlichkeiten		
	häufigere Gesprächstermine		
	feste:r Ansprechpartner:in für Organisatorisches		
	Selbsthilfegruppen		
Unterstützung der Angehörigen			
isPO in der Regelversorgung			
	Wunsch nach Ausweitung		
	Anerkennung auf politischer & gesellschaftlicher Ebene		
	Fachübergreifende Zusammenarbeit in der Onkologie		
	Ressourcenaufbau in der Psychoonkologie		
		Qualifiziertes Personal	

3. Welle

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
Befinden nach Diagnosestellung			
	Sinnhaftigkeit (SOC)		
	Verstehbarkeit (SOC)		
	Handhabbarkeit (SOC)		
	Arzt:Ärztin-Patient:innen-Beziehung		
	Emotionaler Ausnahmezustand		
Empfundene Alternativen zum isPO-Programm			
Programmwahrnehmung von isPO			
	Zielverständnis		
	Zugang zum isPO-Programm		
		Motivation zur Teilnahme	
		Zeitpunkt der Ansprache	
	Erlebte Unterstützung durch das isPO-Programm		
		Professionelle Unterstützung (PSF & PT)	
		Peer Support (Onkolots:in)	
		Case Management	
		Lotsende Funktion	
		Inhalte der Unterstützung	
		Professionsübergreifendes Arbeiten	
	Versorgung unter Corona		
		Wegfall der Onkolots:innen-Gespräche	
		Aufrechterhaltung der Versorgung	
			feste:r Ansprechpartner:in
			Akzeptanz telefonisch/virtueller Versorgung
		Unterstützungsbedarf	
		Therapeutische Allianz	
		Aufsuchende Arbeit durch Psychotherapeut:in	
	Förderliche Faktoren für die Implementierung		
		Psychologische Betreuung (Stufe 3)	
			Therapeutische Allianz
			Versorgung/ Einbindung

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
			der Angehörigen
		Bedarfsorientierte Versorgung	
			Versorgungszeitraum
		Zeitnaher Versorgungszugang	
			Zugang über Ansprache der Versorgenden
		Feste:r Ansprechpartner:in	
		Wahrgenommene Sinnhaftigkeit des isPO-Programms	
			Adäquate Programmaufklärung
		Erreichbarkeit	
		Professionalität der Versorgenden	
		Onkolots:innen-Konzept	
		Versorgungskontinuität	
	Hinderliche Faktoren für die Implementierung		
		Abgrenzung Psychotherapie	
		Onkolots:innengespräche	
			fehlende Aufklärung
			individuelle Bereitschaft
			Patient:innenverständnis der Onkolots:innen
		Unzureichende Programmaufklärung	
Optimierungsbedarf			
	Informationsbedarf decken		
	Aufgreifen der Infos aus Onkolots:innen-Gesprächen durch Psycholog:innen		
	weitere Gruppenangebote		
	Unterstützungszeitraum flexibler gestalten		
	intensivere psychosoziale Unterstützung		
	Selbsthilfegruppen		
	Unterstützung der Angehörigen		
isPO in der Regelversorgung			
	Patient:innenaufklärung		

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unter- kategorien Ebene 3
	Fachübergreifende Zusammenarbeit in der Onkologie		
	Anerkennung auf politischer & gesellschaftlicher Ebene		
	Wunsch nach Ausweitung		

Anhang 13: Externe Stellungnahme des Konsortialpartners Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V.

Bonn, Juli 2021

Abschließende Stellungnahme zum isPO-Projekt 2017-2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V. (HKSH-BV) ist Konsortialpartner im Projekt „integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO)“. Das HKSH-BV ist der Dachverband von zehn Bundesverbänden der Krebs-Selbsthilfe. Es hat somit keine eigenen Selbsthilfegruppen. Dank neutraler Finanzierung ist es unabhängig und ausschließlich seinen Mitgliedsverbänden und damit den Patient:innen und deren Angehörigen sowie Ratsuchenden verpflichtet.

In dieser abschließenden Stellungnahme des HKSH-BV zum isPO-Projekt wird die Beteiligung des HKSH-BV beschrieben und die patient:innenrelevante Bedeutung aus der Sicht der Krebs-Selbsthilfe bewertet.

1. Psychoonkologische Versorgung

1.1. Tragende Rolle der Psychoonkologie in der onkologischen Versorgung

Die Eröffnung „Sie haben Krebs“ ist für die meisten Menschen ein Schock. Es ist ein unerwarteter Einbruch in das Leben mit gravierenden Veränderungen. Ängste und Unsicherheiten machen sich breit. Das Leben gerät aus den Fugen, Vertrauen geht verloren. Viele praktische, aber auch existenzielle Fragen drängen sich auf. Eine Krebserkrankung stellt jeden Menschen vor eine unbekannte und bedrohlich wirkende Herausforderung.

Durch eine Krebserkrankung werden alle Lebensbereiche der Betroffenen (körperlich, psychisch, beruflich, sozial, finanziell, spirituell), aber auch ihrer Angehörigen berührt und Zukunftspläne in Frage gestellt. In diesem Zusammenhang und im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts kommt der Psychoonkologie eine große Bedeutung zu: Neben der somatischen Behandlung durch Operation, Bestrahlung und Medikamentengabe spielt für die Krankheitsbewältigung und für den Umgang mit Angst und Depression die psychoonkologische Versorgung in einem individuell unterschiedlichen Ausmaß eine entscheidende Rolle. Sie beinhaltet neben der Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und der Verbesserung der psychischen Situation der Patient:innen die psychosoziale Versorgung. Dazu zählt auch die direkte Vermittlung zu professionellen Hilfsangeboten und weiterführenden Informationen wie z.B. zur Krebs-Selbsthilfe. Besondere Bedeutung kommt in der Krebs-Selbsthilfe dem persönlichen Austausch mit Menschen zu, die eine Krebserkrankung gut überstanden haben. Sie sind als Überlebende der Krebserkrankung sichtbar und zeigen authentisch Perspektiven für ein Leben mit und nach Krebs.

1.2. Die integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO)

Das Projekt „integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie“ (isPO-Projekt) hat zum Ziel, ein komplettes System der psychoonkologischen Versorgung zu entwickeln, um die Psychoonkologie regelhaft in der Krebstherapie zu etablieren und eine umfassende und ganzheitliche Versorgung von an Krebs erkrankten Menschen sicherzustellen.

Wie die individuellen Lebensumstände der Menschen mit einer Krebsdiagnose sind die psychoonkologischen Bedarfe sehr unterschiedlich. Auch Wechsel zwischen ambulantem und stationärem Sektor während einer Therapie können Teil der psychoonkologischen Versorgung sein. Dabei ist die Überwindung der Sektorengrenze für eine patient:innenorientierte Versorgung von essenzieller Bedeutung und gut gelingende Übergänge sind für das Patient:innenwohl unabdingbar.

Innerhalb des isPO-Versorgungskonzeptes erhalten die Patient:innen über die Sektoren hinweg eine ihrem Bedarf angepasste gestufte psycho-onkologische Versorgung. Dazu gehören das isPO-Onkolots:innen-Gespräch, das mit allen Patient:innen geführt wird, sowie je nach Belastung eine psychosoziale, psychotherapeutische oder kombinierte Versorgung. IsPO-Onkolots:innen sind Selbstbetroffene aus der Krebs-Selbsthilfe (Peer-Kontakt).

2. Aufgaben des HKSH-BV als isPO-Konsortialpartner

2.1. Pool an isPO-Onkolots:innen schaffen

Die Hauptaufgabe des HKSH-BV im isPO-Projekt erfolgte in der Versorgungsstufe 1, indem mit den isPO-Onkolots:innen ein niederschwelliges Angebot geschaffen wurde.

Vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrung mit einer überwundenen Krebserkrankung führen isPO-Onkolots:innen mit allen Patient:innen des Projekts ein etwa 45-minütiges Gespräch. Sie übergeben dabei das individuell für den:die Patient:in erstellte Informationspaket „Rund um Krebs“, erläutern dies und stehen für Fragen der Krankheitsbewältigung zur Verfügung. An der eigenen Person kann der:die isPO-Onkolotse:in in dieser für den an Krebs erkrankten Menschen bedrohlichen und zutiefst verunsichernden Situation authentisch und „leibhaftig“ vermitteln, dass ein Leben nach und auch mit Krebs möglich ist. Von Betroffenen für Betroffene bieten isPO-Onkolots:innen Menschen mit einer Krebserkrankung Orientierung und können in der Rolle des Survivors als Mutmacher fungieren. Die isPO-Onkolots:innen sind damit eine wertvolle Unterstützung, die so durch keine andere professionelle Versorgergruppe geleistet werden kann.

Das HKSH-BV rekrutierte die isPO-Onkolots:innen, schulte, zertifizierte und leitete sie an die gewünschten Einsatzstandorte weiter. Vor der Schulung wurde mit Interessent:innen ein telefonisches Informationsgespräch geführt. Dabei wurden die Teilnahmevoraussetzungen ausführlich besprochen und eine verbindliche Anmeldung ggf. ermöglicht. Voraussetzung ist eine stabile eigene Krankheitsbewältigung und ein gefestigter Abstand zur eigenen Erkrankung sowie die Bereitschaft, ehrenamtlich als isPO-Onkolotse:in tätig zu sein.

2.2. Qualitätssicherung durch Selbstverpflichtung und Befragung der isPO-Onkolots:innen

Die zertifizierten isPO-Onkolots:innen sind bereit, für die Unterstützung von Menschen mit einer aktuellen Krebs-Neuerkrankung kurzfristig nach Diagnoseeröffnung zur Verfügung zu stehen, und unterzeichnen eine Verpflichtungserklärung.

Die Verpflichtungserklärung umfasst

im Hinblick auf die Gesprächsinhalte

- das isPO-Onkolotse:in-Gespräch gemäß den Inhalten der Schulung zum:r zertifizierten isPO-Onkolotse:in durchzuführen,
- den Patient:innen keine Ratschläge oder Empfehlungen zu medizinischen, psychosozialen oder juristischen Aspekten zu erteilen, sondern auf professionelle Hilfe zu verweisen

im Hinblick auf die Gesprächsführung

- im isPO-Onkolotsen:in-Gespräch wohlwollend sowie zugewandt auf die Patient:innen zuzugehen und ihnen aufmerksam und ruhig anzuhören,
- Gelerntes und Geübtes zu Empathie, Achtsamkeit und Selbstfürsorge umzusetzen,
- die eigene Geschichte nur auf Nachfrage einzubringen und zu keiner Zeit in den Vordergrund des isPO-Onkolotsen:in-Gesprächs zu stellen,

im Hinblick auf die Sicherheit und zum Selbstschutz und zum Schutz der Patient:innen

- die Schweigepflicht und den Datenschutz zu achten,
- die Tätigkeit als isPO-Onkolotse:in nur auszuüben, wenn der Durchführung aus körperlicher und seelischer Verfassung nichts im Wege steht und die eigene Unversehrtheit und die der Patient:innen nicht gefährdet sind,

im Hinblick auf die Einbindung in das isPO-Programm

- bei Wunsch der Patient:innen nach weitergehendem persönlichen Austausch einen weiteren Kontakt nur bei gleichzeitiger Bekanntgabe an den:die isPO-Case Manager:in anzubieten und weitere Gespräche mit den Patient:innen nur außerhalb der Tätigkeit im isPO-Programm zu führen,
- das isPO-Programm mit der Dokumentation des Gesprächsprotokolls und der isPO-Onkolotsen:in-Quittung zu unterstützen,
- als Teil des isPO-Teams offen und konstruktiv mit den Team-Kolleg:innen zusammenzuarbeiten, Anleitungen der Teamleitung nachzukommen, diese ggf. über Veränderungen des Gesundheitszustands und in diesem Zusammenhang neu auftretende gesundheitliche Probleme von Patient:innen zu informieren, bei Unsicherheiten um Rat zu fragen und die eigenen Erfahrungen einzubringen,
- entsprechend den individuellen Möglichkeiten an ggf. weiteren Schulungen aktiv teilzunehmen.

Eine Befragung der isPO-Onkolots:innen im Rahmen der Evaluation wurde in zwei Wellen durchgeführt. Die 2. Befragungswelle aktiver als auch (noch) nicht aktiver isPO-Onkolots:innen wurde Ende Juni 2020 durchgeführt. Die Versendung der Einladung an alle 47 geschulten Personen erfolgte durch das HKSH-BV. Rücksendung und Auswertung übernahm das IMVR.

Der Fragebogen umfasst folgende Punkte:

- Meinung zum isPO-Programm
- Meinung zum isPO-Onkolotsen-Konzept
- Erleben der Tätigkeit als isPO-Onkolotse
- Persönliche Angaben (z.B. Alter, Geschlecht, Schulabschluss)

Hauptsächlich war der Fragebogen durch Ankreuzen zu beantworten. Es gab zum Abschluss zusätzlich die Möglichkeit, in ein freies Feld zu schreiben, falls noch etwas angefügt werden wollte (Papier-Stift-basierte Befragung). Das Ausfüllen des Bogens benötigte ca. 15-20 Minuten.

Bei der ersten Erhebungswelle 2019 hatten zehn Teilnehmende aus zwei der vier der Netzwerke teilgenommen. Mit der intensivierten Unterstützung des HKSH-BV waren es in der zweiten Befragungswelle im Jahr 2020 ca. doppelt so viele Teilnehmende aus allen Netzwerken. An der Befragung haben sich sowohl aktive als auch durch die Corona-Pandemie nicht-aktive isPO-Onkolots:innen beteiligt.

Das zum offenen Sommerfest des HKSH-BV 2020 geplante isPO-Onkolots:innen-Treffen aller vier Netzwerke konnte aufgrund der Corona-Pandemie nicht stattfinden und auch 2021 wegen der pandemischen Lage nicht nachgeholt werden. Weitere isPO-Onkolots:innen-Treffen an den Netzwerkstandorten waren wegen Corona erschwert und wurden z.T. ausgesetzt.

2.3. Weitere Aktivitäten: Patient:inneninformationsmaterialien (PIM) und Website

Das HKSH-BV hat außerdem mitgewirkt bei:

- Optimierung der Patient:inneninformationsmaterialien (Flyer, Poster, Patient:innen-Mappe, One-Pager Einverständnis – kurz: PIM) für die isPO-Versorgung gemeinsam mit den Konsortialpartnern des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und der Krebsgesellschaft NRW (KGNRW)
- Entwicklung des UPIM-Check (**U**ser-friendly **P**atient **I**nformation **M**aterial Checklist), eines nutzerfreundlichen Bewertungsinstruments für Informationsmaterialien. Es befähigt die jeweilige Zielgruppe von Patient:innen zur wissenschaftlichen Teilhabe
- Pre-/Posttest des neuen und alten isPO-Patient:innen-Flyers
- Wissenschaftliche Präsentation des partizipativen Prozesses der Optimierung der Patient:inneninformationsmaterialien und Entwicklung von UPIM-Check auf Fach-Kongressen
- Weitergabe des Materials zur Evaluierung der englischen Version des UPIM-Checks an die Deutsche ILCO Bundesverband e.V. zur Weiterleitung an die Schwesterorganisationen im englischsprachigen Ausland (UK, Kanada, USA und Australien)
- Rekrutierung von Patient:innen für qualitative Interviews zur Entwicklung der isPO-Homepage für Patient:innen
- Rekrutierung von Patient:innen für die Bewertung der neuen Homepage mittels UPIM-Check in zwei Nachfragewellen
- Teilnahme an Projektgruppentreffen – Pandemie-bedingt in eingeschränkter Form – wie den Lenkungsausschusssitzungen oder Qualitätsworkshops

2.4. Herausforderungen durch die Corona-Pandemie

Durch die Corona-Pandemie seit Jahresbeginn 2020 kamen zu den gesellschaftlichen und versorgungskulturellen Herausforderungen¹ weitere Faktoren hinzu, die die Projekt-Teilnahme von Menschen mit einer aktuellen Krebserkrankung zusätzlich eingeschränkten. Geringe isPO-Einschreibezahlen waren sicherlich auch dadurch bedingt, dass durch die Pandemie 2020 weniger Krebsbehandlungen stattgefunden haben als im Vorjahr. So zeigen die Daten des Landeskrebsregisters NRW² einen deutlichen Rückgang der Krebsmeldungen von Patholog:innen im ersten Lockdown. Der Rückgang der stationären Aufnahmen für Diagnostik und/oder Therapien wird nach den Angaben eines großen Klinikbetreibers³ für das Frühjahr 2020 im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Jahres 2019 mit im Schnitt 10 bis 20 Prozent angegeben. Auch im Bereich der Krebs-Vorsorge waren drastische Rückgänge zu verzeichnen⁴, die nur teilweise in den Lockdown-freien Zeiten ausgeglichen werden konnten. Die Psychoonkologie zählte dabei zu den Bereichen der onkologischen Versorgung mit den größten Einschränkungen⁵. Dies wiederum verdeutlicht aus Perspektive der Patient:innen eine sich verstärkende Unterversorgung. Es zeigt auch, wie dringend ein versorgungskultureller Wandel hin zu einer regelhaften psychoonkologischen Versorgung ist.

Auch für die isPO-Onkolots:innen-Gespräche mit den Patient:innen waren die Pandemie-Bedingungen eine Herausforderung. Sie fanden teilweise unter besonderen Besucherregelungen der Krankenhäuser oder per Telefon mit Terminvereinbarung seitens der Case Manager:innen statt. Die telefonischen isPO-Onkolotsen:in-Gespräche waren zudem mit einem erhöhten administrativen Aufwand aller Beteiligten verbunden. Teilweise hatten die Case Manager:innen die isPO-Onkolots:innenaufgabe übernommen. Mitunter konnten jedoch keine isPO-Onkolotsen-Gespräche stattfinden. Gespräche mit Case Manager:innen verlaufen naturgemäß anders. Spezifische Fragen, die Betroffene an Betroffene in einer vertrauensvollen Atmosphäre stellen würden, werden in solchen Gesprächen eher nicht gestellt.

Gleichzeitig konnten durch die genannten Einschränkungen wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden, wie mit Patient:innen, die in einem größeren Einzugsgebiet zum Krankenhaus leben, mit dem Informationspaket „Rund um Krebs“ und mit dem isPO-Onkolotsen:in-Gespräch versorgt werden können. Durch vorab-Versand der Info-Mappe war es den isPO-Onkolots:innen möglich, die telefonischen Gespräche zielgerichteter zu führen. Hieraus können tragfähige Konzepte für eine flächendeckende psychoonkologische Versorgung von Patient:innen mit Krebserkrankungen entwickelt werden (s. auch Fazit und Ausblick).

¹ An Krebs erkrankt zu sein und in psychologischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung zu sein ist z.T. immer noch mit großem Unwissen behaftet. Hinzu kommen auch Schamgefühl und Furcht vor Stigmatisierung. S. Stellungnahme des HKSH-BV von 2019.

² <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216957/Rueckgang-der-Krebsmeldungen-von-Pathologen-in-Nordrhein-Westfalen-waehrend-des-COVID-19-Lockdowns>

³ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120157/Studie-Weniger-Krebsbehandlungen-im-und-nach-Lockdown-2020>

⁴ <https://www.dak.de/dak/landesthemen/22-prozent-weniger-krebsvorsorge-screenings-im-corona-jahr-2020-2452886.html#/>; <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/thueringen/archiv-pressemitteilungen/krebsvorsorge-drastischer-rueckgang-frueherkennung-corona-278786>

⁵ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216717/Versorgung-von-Krebspatienten-Corona-Effekt-in-der-Onkologie>

3. Bedeutung des isPO-Projektes

3.1. isPO und an Krebs erkrankte Menschen

Das isPO-Projekt hat zum Ziel, die Psychoonkologie systematisch in die Krebstherapie zu integrieren. Nach Erfahrung der Krebs-Selbsthilfe ist der Bedarf an psychoonkologischer Versorgung hoch, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Er kann sich auch je nach Verlauf der Erkrankung oder Behandlung verändern. Das isPO-Projekt stellt eine große Chance dar, psychosoziale Belastungen möglichst früh zu erkennen und die umfassende Versorgung von an Krebs erkrankten Menschen signifikant zu verbessern. Dadurch erwartet die Krebs-Selbsthilfe eine Steigerung der Lebensqualität und eine verbesserte Bereitschaft der an Krebs erkrankten Menschen, belastende Therapien konsequent zu Ende zu bringen und als Folge auch eine Reduktion der Morbidität und Mortalität. Die Bewertungen der Patient:innen zeigen, dass dieses Ziel durch die isPO-Versorgung erreicht werden kann.⁶

3.2. Partizipation der Krebs-Selbsthilfe und Versorgungsforschung

Die Arbeit des HKSH-BV im isPO-Projekt zeichnete sich wie oben beschrieben durch sehr hohe Grade der Partizipation aus. Diese reichen im isPO-Projekt von der Konsultation (z.B. Unterstützung in der Rekrutierung zur Bewertung von Patient:innen-Flyer und des UPIM-Check) und Kooperation (z.B. Teilnahme an Projekttreffen) bis zum gemeinsamen Lernen (z.B. Optimierung der Patienteninformationsmaterialien) und kollektiven Handeln (z.B. Ausbildung von und auch Tätigkeit der isPO-Onkolots:innen). Diese hohen Partizipationsgrade sind insofern erwähnenswert, da es im isPO-Projekt außerordentlich gut gelingt, das Wissen und die Erfahrungen der Patient:innenvertretenden einzubringen. Dadurch werden im Sinne der Evidenzbasierten Medizin, die Patient:innenpräferenzen umfänglich einbezogen und die isPO-Versorgung entsprechend adaptiert. Sie tragen dazu bei, die Therapieadhärenz zu steigern. In der Konsequenz stellt die komplexe isPO-Versorgung aus Patient:innenensicht ein sehr passgenaues psychoonkologisches Versorgungskonzept dar.

4. Fazit und Ausblick

Als Krebs-Selbsthilfe und damit als Interessensvertreterin der an Krebs erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen unterstützt das HKSH-BV das isPO-Projekt aus voller Überzeugung. Es erhofft sich direkte Auswirkungen auf die psychoonkologische Versorgungssituation in ganz Deutschland. Das isPO-Projekt als Vorhaben, die Psychoonkologie systematisch in die Krebstherapie zu integrieren, ist deutschlandweit einmalig und schließt eine Versorgungslücke. Wichtig sind die vertragliche Verankerung und Vergütung der Leistungen nach SGB V. In der neuen Versorgungsform isPO ist das „i“ für „integriert“ eine besonders wichtige, innovative Komponente. Inhaltlich wird sie auch durch das isPO-Onkolots:in-Konzept gefüllt. Diese Komponente verbindet den professionellen Sektor mit der organisierten Selbsthilfe und ermöglicht dieser, einen strukturierten, zugehenden Beitrag in der modernen Krebstherapie auf Peerebene zu leisten. Die isPO-Onkolots:innen sind somit ein wichtiges Element im Versorgungssystem. Mit ihren authentischen Erfahrungen können sie Wege ebnen für weitere psychoonkologische Interventionen.

⁶ S. IMVR, Ergebnisbericht der zweiten externen formativen Evaluation des Projekts isPO, März 2021, S. 237 ff.

Die Erkenntnisse aus der Projektphase⁷ müssen weiter analysiert und berücksichtigt werden. Dazu gehören insbesondere das Überprüfen der Kriterien für den Auswahlprozess, mehr qualifizierte Schulungen, die Vernetzungen der isPO-Onkolots:innen untereinander und mit den Versorgern, Updates von Gesprächskonzept und Patient:innen-Mappe, Konzepte zu Supervision sowie Aufwandsentschädigungen. Die spezifischen Anforderungen für die Versorgungsorganisation, -strukturen und -prozesse der isPO-Onkolots:innen für die Regelversorgung sind zu erarbeiten und zu verschriftlichen, um sie standortunabhängig einsetzbar zu machen.

Perspektivisch ist es wichtig, Angehörige der an Krebs erkrankten Menschen in das isPO-Onkolots:inkonzept einzubeziehen.

Trotz der vielfältigen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie ist es gelungen, das komplexe isPO-Versorgungsprogramm „am Leben zu erhalten“ und zu einer erfolgreichen praktischen Umsetzung zu führen. Als Patient:innenvertretung dankt die Krebs-Selbsthilfe allen am isPO-Projekt beteiligten Mitarbeitenden für ihr außerordentlich tatkräftiges und produktives Engagement und die konstruktive, zielführende Zusammenarbeit.

Das HKSH-BV steht gerne für weitere Kooperationen in diesem Zusammenhang zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen



Hedy Kerek-Bodden
Vorsitzende HKSH-BV,
Verantwortliche isPO-
Projekt



Heide Grottel
Geschäftsstellen-Leiter
HKSH-BV



Heike Bruland-Saal
Referentin HKSH-BV,
isPO-Projekt ab
01.05.2021

Über das HKSH-BV:

Das Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V. (HKSH-BV) wurde 2015 gegründet und vereint zehn bundesweit unabhängig organisierte Krebs-Selbsthilfeverbände mit etwa 1.500 Selbsthilfegruppen. Sie decken die Krebserkrankungen von ca. 80 Prozent der über vier Millionen Betroffenen in Deutschland ab. Das HKSH-BV vertritt bei Interessen von gemeinsamer Bedeutung seine Mitgliedsverbände national und international gegenüber Entscheidern in der Gesundheitspolitik. Es fördert die Ziele und Aufgaben der Krebs-Selbsthilfe und unterstützt die Arbeit seiner Mitgliedsverbände. Das HKSH-BV ist gemeinnützig und wird umfassend von der Stiftung Deutsche Krebshilfe gefördert, unter deren Schirmherrschaft es steht. Es ist unabhängig von Interessen und finanziellen Mitteln der Pharmaindustrie und anderer Wirtschaftsunternehmen des Gesundheitssystems.

⁷ S. IMVR, Ergebnisbericht der zweiten externen formativen Evaluation des Projekts isPO, März 2021

Anhang 14: Ergänzung zur externen Stellungnahme des Konsortialpartners Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V.

Abschließende Stellungnahme zum isPO-Projekt 2017-2021 Anlage

Stand: 21.09.2021/ BS, KB

Daten und Fakten zur Rekrutierung, Schulung und Zertifizierung

- **5 isPO-Onkolotsen Info-Veranstaltungen** mit MED I - Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, KGNRW, KPP: 13.06.2018 (Köln), 30.08.2018 (Neuss), 25.09.2018 (Troisdorf), 06.10.2018 (Neuss), 09.10.2018 (Mönchengladbach)
- **8 isPO-Onkolotsen-Schulungen** als Schulungsverantwortlicher mit KPP: 27.09.2018 (Köln), 15.11.2018 (Köln), 01.12.2018 (Mönchengladbach), 13.12.2018 (Neuss), 17.05.2019 (Mönchengladbach) 24.05.2019 (Köln), 06.06.2019 (Köln), 06.02.2020 (Köln)
- Schulung Case Manager:innen mit KPP am 23.10.2018
- Kick-Off-Veranstaltungen VN Köln / Troisdorf und Neuss/ Mönchengladbach am 19.12.2018 und 08.01.2019:
- **Klausur-Tagung** (Nordhelle/Meinerzhagen) am 12.09.2019:
- Teilnahme an **Qualitätsworkshops** und **Lenkungsausschusssitzungen**

Es wurden **rund 50 isPO-Onkolots:innen geschult** (47 Personen). Das Einzugsgebiet der zertifizierten Personen geht über die regionalen Grenzen des isPO-Projektes hinaus. Es wurden und werden vom HKSH-BV deutschlandweit **interessierte Personen gelistet**, die sich zum isPO-Onkolotsen zertifizieren lassen möchten, sollte das Angebot in ihrer Region zukünftig zur Verfügung stehen. Dazu werden seit 2020 **telefonische Gespräche** geführt, um die Eignung (d.h. eigene Erfahrung mit einer Krebserkrankung, Abschluss der onkologischen Behandlung liegt mind. ein Jahr zurück) vorab zu prüfen und bei Interesse Kontaktdaten aufzunehmen.

Das isPO-Projekt und insbesondere das Konzept der isPO-Onkolots:innen wurden in der Krebs-Selbsthilfe im Rahmen einer **Infoveranstaltung und in Vorträgen** vorgestellt. Diese kontinuierliche Information und Aufklärung konnte wesentlich zum Bekanntheitsgrad des isPO-Projektes innerhalb der Krebs-Selbsthilfe, aber auch zur Unterstützung der Rekrutierung der isPO-Onkolots:innen durch die Krebs-Selbsthilfe beitragen.

Im Rahmen der **Rekrutierung** der isPO-Onkolotsen sowie der Öffentlichkeitsarbeit wurden **Aufrufe sowie Informationen** zum isPO-Projekt über die **Kanäle des HKSH-BV und seiner 10 Mitgliedsverbände (Webseiten, Newsletter, Mitgliederzeitschriften, E-Mailverteiler, soziale Medien)** verbreitet. Darüber hinaus unterstützt die **KG NRW** bei der Rekrutierung durch ihre Kontakte zu Patientinnen und Patientenorganisationen.

Herausforderungen durch die Mitarbeit als Konsortialpartner

Der HKSH-BV als organisierte Selbsthilfe will die Perspektive der Patientinnen bei gesundheitspolitischen, sozialen und wissenschaftlichen Fragen einbringen und ihre Interessen vertreten. Das bedeutet für den HKSH-BV eine große Kraftanstrengung. Der Bundesverband wie auch die Mitgliedsverbände verfügen aufgrund der überwiegend ehrenamtlichen Struktur mit wenig hauptamtlich Beschäftigten über knapp bemessene personelle Ressourcen. Die kontinuierliche Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Projekt wird zusätzlich zur eigentlichen Verbandsarbeit geleistet. Teilweise gelingt es, mit den vom Förderer bewilligten Personalkosten eine neue Kraft einzustellen.

Über die ursprünglich vorgesehene Begleitung und Beratung des isPO-Projekts aus Patientinnenperspektive hinaus hat das HKSH-BV bei der Konzeption, Rekrutierung, Schulung und Zertifizierung von isPO-Onkolots:innen einen eigenen, substanziellen Beitrag geleistet. Das betrifft auch die Beteiligung bei der Optimierung der Patienteninformationsmaterialien (PIM). Das konnte nur durch das große Engagement der im HKSH-BV-Beteiligten gelingen.

Die Corona-Pandemie und die damit verbundene Homeoffice-Tätigkeit stellten für das HKSH-BV eine Herausforderung dar. So mussten die Infrastruktur für mobiles Arbeiten erst geschaffen und Abstimmungswege neu definiert werden. Das betraf auch das isPO-Projekt.

Hinzu kamen personelle Veränderungen (Vakanzen und Neueinstellungen von Geschäftsstellenleitung und Referentin) in der Bundesgeschäftsstelle, die nur über einen kleinen Personalschlüssel verfügt. Die Verbands- und Projektarbeit konnten nur mit erheblichem zeitlichem Mehraufwand sowie der interimswweisen Übernahme der Projektarbeit durch ein Mitglied des ehrenamtlichen Bundesvorstands geleistet werden. Dies bedeutete eine große zeitliche Belastung des Vorstands auch im Hinblick darauf, dass der HKSH-BV seinen Verpflichtungen im isPO-Projekt nachkam. Als die neue Referentin im Mai 2021 ihre Arbeit und die Zuständigkeit für das isPO-Projekt aufnahm, konnten Defizite im Informationsaustausch dank der kollegialen Unterstützung anderer Konsortialpartner (Med I, IMVR, KG NRW) bald ausgeglichen werden.

Partizipation von Selbsthilfe-Organisationen als Patient innen-Vertretung, in wissenschaftlichen Versorgungsprojekten, ist unbedingt notwendig und zielführend: „ *Wenn innovative Versorgungsformen einen optimalen Nutzen für Patienten und auch für Leistungserbringer und Leistungsträger erreichen sollen, bedarf es der Nutzung aller verfügbaren Evidenz inklusive des Wissens aus Patienten- und Betroffenenpersicht [..]*“ (Bethge, Danner 2017)¹. Organisierte Selbst-Hilfe will ihren Beitrag auf Augenhöhe und von Beginn an mit den anderen Akteuren im Prozess leisten. Voraussetzung für eine erfolgreiche Konsortialpartnerschaft und Patientinnen-Partizipation ist eine kontinuierlich gute Personalausstattung - insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei den ehrenamtlichen Tätigen um Menschen handelt, die aufgrund ihrer Erkrankung zum Teil eingeschränkt belastbar sind oder Rückfälle haben können.

¹ Bethge und Danner, Patient First in der Gesundheitsversorgung, 2017, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.03.002>

Anhang 15: Leitfaden zu Interviews mit leitenden Psychoonkolog:innen

Einführung	
Begrüßung	<p>Begrüßung des Teilnehmenden, Dank für die Teilnahme, Vorstellung des Erhebungsteams (ggf. Vorstellen, falls Interviewter den Interviewer noch nicht kennt und Rolle des IMVR nochmals verdeutlichen)</p> <p>Guten Morgen Herr/ Frau ... Wir freuen uns, dass sich die Möglichkeit ergeben hat, das Interview hier in ... durchzuführen. Vielen Dank, dass Sie an diesem Interview teilnehmen.</p>
Ziel	<p>Thema des Interviews vorstellen, Teilnehmenden zum offenen Gespräch anregen</p> <p>In diesem Interview möchten wir Ihnen die Gelegenheit dazu geben, aus Sicht der leitenden Psychoonkologin isPO zu bewerten und von ihren Erfahrungen mit dem Versorgungsprogramm zu berichten. Wir interessieren uns hierbei besonders für die Zusammenarbeit mit den Entwicklern von isPO und das Versorgungskonzept.</p>
Ablauf	<p>Kein richtig oder falsch, Ihre Meinungen und Erfahrungen; Dauer des Interviews (min.), Aufnahme</p> <p>Sprechen Sie ganz frei. Es gibt weder „richtige“ noch „falsche“ Antworten. Ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Meinungen zählen! Insgesamt möchten wir uns 1 Stunde Zeit nehmen. Das Interview würden wir gerne, soweit Sie damit einverstanden sind, aufnehmen. So können wir uns besser auf das Gespräch konzentrieren. Und es erleichtert uns auch die Auswertung.</p>
Datenschutz	<p>Transkription anonymisiert, Ausfüllen der EV, Einschalten des Aufnahmegeräts</p> <p>Die Aufnahme wird von einem Transkriptionsbüro verschriftlicht. Ihr Name wird dabei durch Pseudonyme ersetzt. Berichtet werden nur anonyme Daten.</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf oder Hintergrund des Interviews? Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, würden wir nun mit dem Interview beginnen. (Einschalten der Aufnahmegeräte)</p>
Rollendefinition	<p>Interviewer, Ko-Interviewer</p> <p>Zunächst möchten wir Ihnen kurz erklären, wer von uns beiden welche Aufgabe während des Interviews übernimmt.</p>

	Interviewer: Reingeben der Fragen, evtl. Notizen für Rückfragen Ko-Interviewer: stellt evtl. auch Rückfragen
Fragen	Klärung von Fragen seitens der Teilnehmenden
Vorstellung/Einführung	Vorstellungsrunde des Teilnehmenden - <u>Bitte stellen Sie sich einmal vor:</u> <u>Welche Aufgabe und Rolle übernehmen Sie in isPO?</u> <u>→ Wie bewerten Sie die Rolle der klinischen Leitung von isPO?</u>

Leitfrage	Nachfragen	Check
Kommunikation		
<p>Wie erleben Sie die Kommunikation mit den Projektmitarbeitern, die an der Entwicklung des Versorgungskonzepts und den Versorgungsabläufen beteiligt sind?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Wie verlief die Kommunikation mit dem psychologischen Institut (KPP) bezüglich der Inhalte oder Umsetzung des Versorgungskonzepts?</u> → Inwiefern waren Sie oder andere Netzwerkmitarbeiter in die Optimierung des Konzepts involviert? - <u>Wie verlief die Kommunikation mit der Projektleitung bezüglich der Umsetzung der Versorgungsabläufe?</u> - <u>Wie verlief die Kommunikation mit MIFH bezüglich der Nutzung von CAPSYS?</u> - <u>Wie verlief die Kommunikation mit der KG-NRW?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsebenen: ...KPP ...MED I ...KG NRW ...MIFH - Partizipation an Optimierungsprozessen
<p>Wie empfinden Sie den Austausch auf den Qualitätsworkshops?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Inwieweit beeinflussen die Qualitätsworkshops die Anpassung des isPO-Programms an die Strukturen und Prozesse in Ihrem Haus?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsworkshops
Bewertung des Versorgungskonzepts		
<p>Wie würden Sie isPO einem Kollegen erklären?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ziele / Struktur von isPO
<p>Was unterscheidet isPO von anderen PO Versorgungsprogrammen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Inwiefern sind diese Unterschiede wertvoll oder hinderlich?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - bedarfsorientiert - sektorenübergreifend, integriert

Leitfrage	Nachfragen	Check
<p>Wie schätzen Sie den Reifegrad des Versorgungskonzepts für die jeweiligen Versorgungsstufen ein?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Was müsste Ihrer Erfahrung nach am Versorgungskonzept noch optimiert werden?</u> - <u>Inwiefern ist eine bedarfsorientierte Versorgung der Patienten möglich?</u> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Was an dem Konzept ermöglicht dies? ➔ Was fehlt hierfür noch oder was müsste geschehen, um dies zu ermöglichen? - <u>Gibt es etwas, dass die Umsetzung des Versorgungskonzepts behindert?</u> - <u>isPO hat auch zum Ziel die Sektorengrenzen zu überwinden. Was nehmen Sie hiervon wahr?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - frühzeitiger (präventiver) Support über 12 Monate - Psychosoziale Versorgung auf Stufe 2 - Psychotherapeutische/psychoonkologische Versorgung auf Stufe 3 - Komplexversorgung auf Stufe 3b - Bedarfsorientierte Versorgung - Herausforderungen in der Umsetzung des Konzepts - Sektorengrenzen
<p>Für Ihre Arbeit ist maßgeblich die Stufe 3 im Behandlungsmanual wichtig. Wie bewerten Sie das speziell für die Stufe 3 entwickelte isPO Behandlungsmanual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sind die Inhalte des Behandlungsmanuals ihrer Einschätzung nach...</u> <ul style="list-style-type: none"> ...verstehbar? ...umsetzbar? ...sinnvoll? ...vollständig? ...nützlich? ...hilfreich? 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewertung der Inhalte des Behandlungsmanuals - Nutzung des Behandlungsmanuals / Compliance

Leitfrage	Nachfragen	Check
	<ul style="list-style-type: none"> - Inwiefern wird das Behandlungsmanual von den psychoonkologischen Mitarbeitern genutzt? → Wie gestaltet sich die Arbeit mit dem Behandlungsmanual? - <u>Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, dass am Behandlungsmanual verändert oder optimiert werden müsste?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungsbedarf
Wie gestaltet sich die Nutzung von CAPSYS in ihrer täglichen Arbeit?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Gibt es noch Veränderungsbedarf bei CAPSYS?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Handhabbarkeit von CAPSYS - Veränderungsbedarf
Bewertung der Veränderungen durch isPO		
Wie bewerten Sie die Veränderungen, die durch isPO erfolgt sind?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Wie hat sich die Versorgung auf Patientenebene verändert?</u> - <u>Hat sich aus Ihrer sich die Versorgungsqualität verändert?</u> - Glauben Sie, dass es sich gelohnt hat bisherige Strukturen oder Arbeitsweisen zu verändern? - Was würden Sie sich in Zukunft im Umgang mit Veränderungen wünschen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewertung der Veränderungen durch isPO
Gesamtbewertung		
Wenn Sie nun an das isPO-Programm insgesamt denken, wie würden Sie den folgenden Satz beenden? isPO finde ich ...		<ul style="list-style-type: none"> - Bewertung isPO

Ausblick		
Was müsste ihrer Meinung nach noch am Versorgungskonzept oder den Versorgungsabläufen verändert werden, um es flächendeckend in Deutschland implementieren zu können?		- Übertragbarkeit in die Regelversorgung
Was würden Sie sich aus Ihrer Profession heraus für isPO wünschen?		- Nachhaltigkeit
Zum Abschluss: Gibt es noch etwas Auffälliges / Problematisches / Gutes / Wichtiges, was Sie uns zu dem isPO-Projekt erzählen möchten, was zuvor nicht zur Sprache gekommen ist?		

Anhang 16: Kategoriensystem zur Auswertung der Interviews mit leitenden Psychoonkolog:innen

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
	Versorgungslücken/-defizite in der Psychoonkologie		
	Rolle der klinischen Leitung von isPO		
	Versorgungsstruktur vor isPO		
	Erwartungen an isPO		
	Kommunikation im isPO-Projekt		
	Kommunikation netzwerkintern		
	Kommunikation mit den Versorgungskonzept-Entwickler:innen		
	Kommunikation mit der Projektleitung		
	Kommunikation mit dem Netzwerksupport		
	Qualitätsworkshops		
		Top-down Organisation	
		Informations- & Austauschplattform	
		Initiierte Optimierungsprozesse für die Praxis	
	Top-down Programmentwicklung & -implementierung		
	Stärken des Versorgungskonzepts		
	Verständlichkeit		
	Interdisziplinäre Patient:innenversorgung		
	Strukturierte Versorgung		
	Eigenes Dokumentationssystem		
	Poststationäre Versorgung/ sektorenübergreifend		
	Niederschwelliges Versorgungsangebot		
	Bedarfsorientierte Versorgung		
	Breitere Erfassung belasteter Patient:innen		
	Finanzierung psychoonkologischer Leistungen		
	Onkolots:innen-Konzept		
	Verständliches theoriegeleitetes Behandlungsmanual		
	Patient:innenseitige Akzeptanz der Stufe 3-Versorgung		
	Optimierungsprozesse		
	Schwächen des Versorgungskonzepts		
	Praxisfern/ Sehr theoretisch		
	Mehraufwand		
	isPO Einschreibung / Patient:innenrekrutierung		

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3	
		Wahrgenommener Rekrutierungsdruck		
		Zeitpunkt		
		isPO Unterlagen		
		Versicherungsstatus		
		Personalausfälle als Hindernis		
		Fehlendes ärztliches Bewusstsein/ Wissen		
	Diagnostik			
		HADS zur Stufeneinteilung		
		Fehlende ressourcenorientierte Diagnostik		
		Fehlende Hintergrundinformationen		
	Fehlende Greifbarkeit spezifischer Patient:innengruppen			
	Unflexibilität im Stufensystem			
	Anzahl unterschiedlicher Rollen & Ansprechpartner:innen			
	Geringe Einbindung ambulanter Arztpraxen			
	Versorgungszeitraum			
	Onkolots:innengespräche			
	Trennung Stufe 2 & 3			
	Konzeptionierung Stufe 3			
		Verhaltenstherapeutische Ausrichtung		
		Behandlungsmanual		
			Praxisteam	
			Verhaltens-therapeutische Ausrichtung	
			Zu schematisiert	
	Geringe Nutzung			
	CAPSYS			
		Eingeschränkter Kommunikationsfluss		
		Fehlende Praxisnähe		
		Komplexität		
		Fehlende Trennschärfe zwischen Reitern		
		Doppeldokumentation mit anderen Programmen		
		Dokumentationsfelder Stufe 2&3		
Zeitliche Unflexibilität in der Gesprächsdokumentation				

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
Veränderungen durch isPO			
	Verbesserte poststationäre Versorgung		
	Höhere Bewusstsein für Psychoonkologie		
	Breitere Patient:innenversorgung		
	Neue Onkolots:innen-Struktur		
	Gleichbleibende Stationäre Versorgungsqualität		
	Verschlechterung der Versorgungsqualität		
	Formalismen		
	Organisatorischer Mehraufwand		
Veränderungen durch Corona			
Übertragbarkeit in die Regelversorgung			
	Voraussetzung für die Übernahme		
	Optimierungsbedarf für die Regelversorgung		
	Relevanz der Psychoonkologie		

Anhang 17: Leitfaden zu den Fokusgruppen mit Versorgenden (netzwerkübergreifend)

Einführung	
Begrüßung	<p>Begrüßung des Teilnehmenden, Dank für die Teilnahme, Vorstellung des Erhebungsteams</p> <p>Guten Morgen Herr/ Frau ... Wir freuen uns, dass sich die Möglichkeit ergeben hat, das Interview hier in Düsseldorf im Haus der Ärzteschaft durchzuführen. Vielen Dank, dass Sie an diesem Interview teilnehmen.</p> <p>Bisher lief der Kontakt zum IMVR ja hauptsächlich über Frau Jenniches oder über die Projektmitarbeiterinnen, sodass ich mich/wir uns gerne einmal vorstellen: [...]</p>
Ziel	<p>Thema des Interviews vorstellen, Teilnehmenden zum offenen Gespräch anregen</p> <p>In diesem Interview möchten wir Ihnen die Gelegenheit dazu geben, von Ihren bisherigen Erfahrungen im isPO-Projekt zu berichten. Wir interessieren uns diesbezüglich besonders für Ihre Einschätzungen zur Vorbereitung und der tatsächlichen Umsetzung des Versorgungsprogramms in Ihrem Netzwerk sowie für die Zusammenarbeit im Netzwerk und mit den isPO-Projektmitarbeitern.</p>
Ablauf	<p>Kein richtig oder falsch, Ihre Meinungen und Erfahrungen; Dauer des Interviews (min.), Aufnahme</p> <p>Sprechen Sie ganz frei. Es gibt weder „richtige“ noch „falsche“ Antworten. Ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Meinungen zählen! Insgesamt möchten wir uns 1 Stunde Zeit nehmen. Das Interview würden wir gerne, soweit Sie damit einverstanden sind, aufnehmen. So können wir uns besser auf das Gespräch konzentrieren. Und es erleichtert uns auch die Auswertung.</p>
Datenschutz	<p>Transkription anonymisiert, Ausfüllen der EV, Einschalten des Aufnahmegeräts</p> <p>Die Aufnahme wird von einem Transkriptionsbüro verschriftlicht. Ihr Name wird dabei durch Pseudonyme ersetzt. Berichtet werden nur anonyme Daten.</p>

	<p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf oder Hintergrund des Interviews? Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, würden wir nun mit dem Interview beginnen. (Einschalten der Aufnahmegeräte)</p>
Rollendefinition	<p>Interviewer, Ko-Interviewer</p> <p>Zunächst möchten wir Ihnen kurz erklären, wer von uns beiden welche Aufgabe während des Interviews übernimmt.</p> <p>Interviewer: Reingeben der Fragen, evtl. Notizen für Rückfragen</p> <p>Ko-Interviewer: stellt evtl. auch Rückfragen</p>
Fragen	<p>Klärung von Fragen seitens der Teilnehmenden</p>
Vorstellung/Einführung	<p>Vorstellungsrunde des Teilnehmenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bitte stellen Sie sich einmal vor: Was ist Ihre Position und welche Aufgaben übernehmen Sie in isPO? - Frage zur Wahrnehmung seiner Rolle und Funktion: Wie bewerten Sie die Funktion als Netzwerkkordinator*in? - Satzergänzung: „Von dem Projekt isPO erwarte ich...“

✓	Leitfrage	Nachfragen	Check
	Implementierung		
	<p>Erzählen Sie bitte, wie die Vorbereitungen für den Versorgungsstart in Ihrem Netzwerk abliefen.</p>	<p><u>Personal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach welchen Kriterien wurden die Rollen in isPO besetzt? - Gibt es Personalengpässe? - Wird Personal für die Arbeit an dem Projekt freigestellt? - Wie verliefen die <u>Schulungen</u>? Denken Sie die Mitarbeiter sind auf den Start der Versorgung ausreichend vorbereitet? Sind weitere Schulungen notwendig? (rückblickend) - Inwieweit wurden die <u>Klinik-Ärzte</u> (die für die Zuweisung/Einschreibung der Patienten zuständig sind) über das Projekt informiert bzw. in den Aufbau mit einbezogen? Nach Versorgungsstart: <i>Hätten die Ärzte rückblickend mehr Informationen zu dem Projekt isPO bekommen sollen/mehr einbezogen werden müssen?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Rollen (Psychotherapeut, Psychosoziale Fachkraft, Case Manager, Onkolotse) - Rollenbesetzung - Personalengpässe - Akzeptanz/Kapazität zur Freistellung des Personals - Schulungen - Informierung/Einbezug der Ärzteschaft - <u>CAPSYS</u>

<p>Wie erleben Sie die Umsetzbarkeit des isPO-Programms bisher?</p>	<p>Implementierungsprozess</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Welche Aspekte lassen sich leicht umsetzen?</u> (Nennen Sie mir Beispiele)- → Warum könnte das dazu geführt haben?- <u>Wobei gab es Schwierigkeiten bei der Umsetzung?</u> (Nennen Sie mir Beispiele)- → Hätten Sie Ideen, warum die Umsetzung dort Schwierigkeiten bereitet hat?- <u>Sind weitere Schulungen notwendig?</u> (während der Projektzeit, zukünftig) <p>Ergebnisfrage</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Was kann/sollte man beim nächsten Mal während des Implementierungsprozesses optimieren/anders machen?</u>- <u>Was ist Ihrer Meinung nach notwendig, um erfolgreich zu implementieren?</u>	<ul style="list-style-type: none">- Patientenrekrutierung (Ärzte, Empfehlungsschreiben, Case-Manager)- Förderfaktoren- Barrieren- Schulungen
--	--	---

Zusammenarbeit & Kommunikation & Akzeptanz		
<p>Wie verläuft aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit mit den Projektpartnern in isPO?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie verläuft die Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem Projektleiter und dem für den Netzwerkaufbau verantwortlichen Projektpartner KGNRW? - <u>Wie wurde die isPO-Managementstruktur bei Ihnen im Standort eingeführt und für wie umsetzbar/nützlich halten Sie diese?</u> - <u>Wie schätzen Sie das Konzept der partizipativen Qualitätsentwicklung ein? (Qualitätszirkel und Qualitätsworkshops)</u> - Wie verläuft die <u>Zusammenarbeit sektorenübergreifend</u>? Wie werden die niedergelassenen Ärzte regional in das Projekt mit eingebunden? 	<p>Nachfragen zur Leitfrage: Zusammenarbeit...</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...zwischen den versorgenden Mitarbeitern - ...zwischen den Versorgenden und dem NK - ...zwischen den Versorgenden/NK und den Entwicklern - ...zwischen den unterschiedlichen Sektoren <ul style="list-style-type: none"> - isPO-Managementstruktur - partizipative Qualitätsentwicklung - Kommunikation mit den Mitarbeitern - Zusammenarbeit regional/sektorenübergreifend - Netzwerkaufbau
<p>Wie schätzen Sie die Akzeptanz des isPO-Programms bei den Versorgern und der Krankenhausleitung ein?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie nehmen Sie die Einstellung/Stimmung zum Projekt wahr? - <u>Wird die Einführung durch Ihre Vorgesetzten und die Krankenhausleitung begleitet/unterstützt/priorisiert?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Einstellung/Stimmung zum Projekt - <u>Einbindung und Akzeptanz der Ärzte</u> - Unterstützung durch Vorgesetzte

			<ul style="list-style-type: none"> - <u>Konkurrenz zu hauseigenen Konzepten</u> - <u>Berücksichtigung bisheriger Strukturen und Prozesse</u>
Ausblick und Schluss			
Wie würden Sie das Projekt insgesamt bewerten?	<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt, wie bewerten Sie den <u>finanziellen und zeitlichen Aufwand</u> aus heutiger Sicht? - Sehen Sie <u>Lücken beim Netzwerkaufbau/</u> -Benötigt das Netzwerk weitere Informationen/Unterstützung oder andere Strukturen? Z.B. Ansprechpartner? - <u>Denken Sie, dass isPO bei Ihnen im Haus gut umgesetzt werden kann? Gliedert sich isPO gut in die schon vorhandenen Strukturen ein?</u> 	Nachfragen zur Leitfrage: <ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsstruktur - <u>Stufensystem</u> - CAPSYS - Zeitlichen und finanziellen Aufwand (für den/die Netzwerkkoordinator*in), andere Mitarbeiter und das Krankenhaus - Lücken im Projekt (Struktur, Prozesse, Kommunikationspfade) - <u>Umsetzbarkeit im eigenen Haus</u> 	
Wie schätzen Sie das Potential von isPO ein, in die flächendeckende Regelversorgung übernommen zu werden?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Welche Maßnahmen würden dieses Potential steigern</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Übernahme in die Regelversorgung 	
Zum Abschluss: Gibt es noch etwas Auffälliges / Problematisches / Gutes / Wichtiges, was Sie uns zu dem isPO-Projekt erzählen möchten, was zuvor nicht zur Sprache gekommen ist?			

**Anhang 18: Kategoriensystem zur Auswertung der Fokusgruppe mit Versorgenden
(netzwerkübergreifend)**

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3	Unterkategorien Ebene 4
Diachrone Förderfaktoren (summativ/Zitate)				
	Nachhaltiger Nutzen der Studie			
Diachrone Hemmfaktoren (summativ/ Zitate)				
	Personalmangel			
	Rahmenbedingungen Studie			
	Versorgungskonzept			
		Rollentrennschärfe		
		Bedarfsunpassende Stufenzuordnung		
		Abweichende Rollenverständnisse		
		Überstülpen des Versorgungskonzepts		
		Unvollständige Konzeption		
	Befragungen / Fragebögen			
Assoziation mit isPO				
Normalisierungsphase				
	Förderfaktoren			
		Versorgendenseitig		
			Hohe Motivation	
			Zusammenarbeit mit Ärzt:innen	
			Routinierung	
		Patient:innenseitig		
			Zugang zu Selbsthilfegruppen über Onkolots:innen	
			Sektorenübergreifende Ansprechpartner:innen	
			Psychosoziale Versorgung	
	Hemmfaktoren			
		Programmentwicklungsseitig		
			Entwicklungszustand CAPSYS	
			Bedarfsunpassende Stufenzuordnung	
		Studienseitig		

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3	Unterkategorien Ebene 4
			Prozessuale Hürden Einschreibung	
			Befragungen/ Fragebögen	
		Versorger:innenseitig		
			Personalmangel	
			Desinteresse der Ärzt:innen	
			Organisation Onkolots:innen-Gespräche	
			Rollentrennschärfe	
		Patient:innenseitig		
			Überforderungserleben	
Corona-Phase (1. Welle)				
	Förderfaktoren			
		Versorger:innenseitig		
			Alternative Kontaktmöglichkeiten für die Versorgung	
			Mehr Zeit für Aufklärungs-/ Einschreibungsgespräche	
			Anpassung der Arbeitsstrukturen	
			Voraussetzungen zur Einhaltung Distanzregelung	
		Patient:innenseitig		
			Erhöhte Relevanz von isPO	
	Hemmfaktoren			
		Versorger:innenseitig		
			Bewältigung des gestiegenen Versorgungsbedarfs	
			Abgrenzung Arbeit & Freizeit	
			Pausieren Onkolots:innen-Gespräche	
			Einbruch Patient:innenrekrutierung	
			Weniger Präsenz auf Stationen	

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3	Unterkategorien Ebene 4
				Weniger stationäre Patient:innen
				Telefonische Einschreibung
		Patient:innenseitig		
			Benachteiligung nicht-isPO Patient:innen	

Status quo (nach 1. Coronawelle)

	Förderfaktoren			
		Versorger:innenseitig		
			Weiterhin Nutzung telefonischer Versorgung	
			Fortführung Patient:innenrekrutierung	
		Patient:innenseitig		
			Flexibler Zugang zur Versorgung	
	Hemmfaktoren			
		Versorger:innenseitig		
			Abweichendes Rollenverständnis	
			Überstülpung des Versorgungskonzepts	

Konditionen für Übertragung in die Regelversorgung

	Umfangreiche psychoonkologische Strukturen & Ressourcen			
		Personalschlüssel & Studienerfolg		
		Schaffung Bewusstseins für Relevanz von Psychoonkologie		
	isPO Programm Ebene			
		Verringerung Dokumentationsaufwand		
		Definitionen Qualifikationsbereiche		
		Bedarfsorientiert & flexibel		

Anhang 19: Leitfaden zu den Fokusgruppen mit Leitungspersonen

Einführung	
Ziel	<ul style="list-style-type: none">• Kritische Reflektion der Projektleitung, wie das 2. Jahr der Implementierung erlebt wurde (Normalisierungsphase unter Coronazeiten).• Erkenntnisse sollen den 2. formativen Evaluationsbericht komplettieren.
Ablauf	<p>Gliederung in X Teile: Ihre persönlichen Meinungen und Erfahrungen zählen, Dauer des Interviews (ca. 60 min.), Tonaufnahme via Diktaphon</p> <p>Wir freuen uns, wenn wir heute nochmals in Austausch treten können und Sie von Ihren <u>bisherigen Erfahrungen</u> während der Implementierungsphase von isPO berichten. Wir schon in der Einladung beschrieben, interessieren uns heute besonders dafür, wie Sie das letzte Jahr in ihrer täglichen Arbeit erlebt haben. Abschließend möchten wir wissen, was Ihrer Meinung nach für die Übertragung in die <u>Regelversorgung</u> nötig ist.</p>
Datenschutz	<p>Fragen zur EV? Die Aufnahme wird ggf. von einem Transkriptionsbüro verschriftlicht. Ihr Name wird dabei durch ein Pseudonym ersetzt, keine Rückschlüsse auf Person möglich.</p>
Fragen	Klärung von Fragen seitens des Interviewten
Start des Interviews	EV ausfüllen, Einschalten des Aufnahmegeräts

Leitfrage	Nachfragen (Vertiefung)	Stichworte
Ice Breaker		
Was assoziieren Sie mit isPO?	Fällt Ihnen hierzu ein Bild, ein treffendes Adjektiv oder ein Spruch ein?	
Normalisierungsphase (10/2019-02/2020)		
<p>isPO wurde im Jan 2019 schrittweise an 4 Standorten implementiert. Über das erste Jahr, also die Optimierungsphase, haben wir im letzten Interview bereits gesprochen. .</p> <p>Nach dieser Optimierungsphase schließt sich normalerweise die Normalisierungsphase an, die bei isPO nur sehr kurz war(5 Monate: 10/2019-02/2020). Wie haben Sie diesen Zeitraum als Normalisierungsphase erlebt?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gabe es <u>Standortunterschiede</u>? 2. <u>Was war ihre Aufgabe und wie konnten Sie die Normalisierungsphase begleiten?</u> 3. <u>Was hat die Normalisierung unterstützt oder gehemmt?</u> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Schwierigkeiten traten während der Normalisierungsphase auf? 4. <u>Was hat Sie in der Phase überrascht?</u> 5. Was hätten Sie sich gewünscht? 	<p>Aufgaben Reifegrad Positive Erfahrungen Negativer Erfahrungen Förderfaktoren / Hemmnisse Überraschungen Fallzahlentwicklung</p>
Corona-Pandemie (seit 03/2020- fortlaufend)		
<p>Dann hat die Coronapandemie die Normalisierungsphase unterbrochen und hat alle vor völlig neue Herausforderungen gestellt.</p> <p><u>Wie haben Sie die Coronapandemie für isPO erlebt?</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Welche Auswirkungen hat Corona auf ihre Arbeit?</u> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Veränderungen bzw. Anpassungen waren nötig? - Was haben Sie als schwierig oder belastend empfunden? - Was lief Ihrer Meinung nach gut oder eventuell besser als zuvor? - Was war überraschend? 2. <u>Welche Auswirkungen hat Corona auf die Programm-Implementierung?</u> 3. <u>Welche Auswirkungen hat Corona aus Ihrer Sicht auf die isPO-Versorger?</u> 4. <u>Welche Auswirkungen hat Corona auf die Patienten?</u> 5. <u>Welche Auswirkungen hat Corona auf die Zusammenarbeit</u> 	<p>Umsetzbarkeit Strukturen Rollen Patientensicherheit Fallzahlen Arbeitsumfang /Abläufe Kommunikation Effekte Lessons learned</p>

	<p>mit den <u>unterschiedlichen Stakeholdern</u> (Konpartn., Krankenkassen, DLR).</p> <p>6. Wo hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht und von wem?</p> <p>7. Ist die Coronapandemie für isPO „Fluch oder Segen“ oder der „Crash-Test“?</p> <p>8. Können <u>positive Erkenntnisse</u> aus der Pandemie gezogen werden?</p>	
Kommunikation, Kooperation und Partizipation		
<p>Wie haben Sie die <u>Kommunikation</u> während des letzten Jahres in isPO erlebt?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie haben Sie die Kommunikation mit anderen <u>Konsortialpartnern</u> erlebt? 2. Wie haben Sie die Kommunikation mit den <u>Versorgungsnetzwerken</u> erlebt? 3. Wie haben Sie die Kommunikation mit <u>UK, UKK und dem DLR</u> empfunden? 4. <u>Wann</u> ist Kommunikation gut gelungen? 5. <u>Was</u> hat den Informationsfluss gestärkt? 6. Gab es <u>Kommunikations- Schwierigkeiten oder -brüchen?</u> 7. Wie hat Corona Kommunikation beeinflusst? 	<p>Kommunikationsstrategie Interaktion und Mitgestaltung Ownership Qualitätsworkshops/Zirkel/Hel pdesk/wöchentliche Fallzahlen Publikationsgeschehen Corona-Effekte</p>
<p>Wie haben Sie die <u>Kooperation</u> während des letzten Jahres in isPO erlebt?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie haben Sie die Kooperation mit anderen <u>Konsortialpartnern</u> erlebt? 2. Wie haben Sie die Kooperation mit den <u>Versorgungsnetzwerken</u> erlebt? 3. Wie haben Sie die Kooperation mit UK, UKK und dem DLR empfunden? 4. <u>Wann</u> ist Kooperation gut gelungen? 5. <u>Was genau</u> hat die Kooperationsfähigkeit gestärkt? 6. Gab es <u>Kooperationsschwierigkeiten oder -brüche?</u> 7. Wie hat Corona Kooperation beeinflusst? 	<p>Kooperationsvereinbarungen Zugangsbeschränkungen Sichtbarkeit Abhängigkeiten Interventionsveränderungen Publikationsgeschehen Corona-Effekte</p>

<p>isPO ist vornehmlich top-down entwickelt worden. Mit der Implementierung wurden Partizipationsmöglichkeiten geschaffen.</p> <p>Wie würden Sie die <u>Mitgestaltungsmöglichkeiten (Partizipation) der Projektpartner während des letzten Jahres beschreiben?</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie schätzen Sie konkret den <u>Partizipationsgrad</u> der: (1) Konsortialpartner, (2) Netzwerke, (3) Zielgruppe (Patienten) ein? 2. Welche <u>Mitgestaltungsmöglichkeiten</u> haben Sie den Partnern bewusst gegeben? 3. Wie wurden die Mitgestaltungsmöglichkeiten konkret <u>genutzt</u>? 4. <u>Wo</u> hätten Sie sich mehr oder <u>intensiveres Mitgestalten</u> gewünscht? 5. Welche <u>Effekte könnten höhere Partizipationsgrade bei der Implementierung haben?</u> 	<p>Partizipationsgrade Partizipationsleiter nutzen (mit Klebepunkten markieren)</p>
<p>Beurteilung der Implementierungsphase im 3. Projektjahr</p>		
<p>Wie beurteilen Sie das <u>gesamte 3. Projektjahr?</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Was waren die <u>größten Herausforderungen während der s letzten Jahres?</u> 2. Was / wer hat Sie <u>unterstützt oder was hat geholfen, dass isPO weiter implementiert werden konnte?</u> 3. Was würden Sie heute anders machen? 4. Was haben Sie in der Implementierung <u>unter Corona-Bedingungen gelernt?</u> 	<p>Komplexität Evaluationsdesign Konsortialpartner Kommunikation Technische Umsetzung Verträge</p>
<p>Ausblick in das 4. Projektjahr</p>		
<p>Was assoziieren Sie mit dem <u>kommenden, vorerst letzten Projektjahr?</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie blicken Sie ins letzte isPO-Projektjahr? 2. Worin liegen Ihre <u>Kernaufgaben</u> für das letzte Projektjahr? 3. Wo sehen Sie <u>Herausforderungen</u>? 4. Was kann helfen die Herausforderungen zu überwinden? 5. Was stimmt Sie <u>zuversichtlich</u>? 	<p>Verlängerung der Rekrutierungszeit Verträge Projektziele/Bewertung Neue Förderanträge (App)</p>

Zukunftsorientierung		
<p>Was muss geschehen, damit isPO in die <u>Regelversorgung</u> gelangen kann?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Wird isPO in seiner derzeitigen Form in die Regelversorgung gelangen?</u> 2. <u>Was muss auf der Ebene der: (1) Patienten, (2) Versorger (isPO), (3) Biomedizinische Versorger, (4) Projektentscheidungsträger (UK/UKK, DLR), (5) isPO Entwickler und Evaluatoren, (6) Gesundheitssystem (IF, Kassen, Politik) geschehen, damit isPO in die Regelversorgung gelangen kann?</u> 	<p>Kultureller Wandel Bedarfsorientierung Flexibilität Passgenauigkeit Wirksamkeit Objektiver & subjektiver Nutzen Sinnvolle Finanzierung PO als 4. Säule</p>
<p>Zum Abschluss: Gibt es noch etwas Auffälliges / Problematisches / Gutes / Wichtiges, was Sie uns zu dem isPO-Projekt mitteilen möchten, was zuvor nicht zur Sprache gekommen ist?</p>		

Anhang 20: Kategoriensystem zur Auswertung der Fokusgruppe mit Leitungspersonen

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
Normalisierungsphase			
	Förderfaktoren		
		Versorgendenseitig	
			Motivation der isPO Akteur:innen
			Programmakzeptanz
			Vorfremde Zukunft ohne Studienkorsett
			Versorgungsroutine
			Kooperation und Austausch
		Patient:innenseitig	
	Hemmfaktoren		
		Versorgendenseitig	
			Bürokratischer Aufwand
			Ressourcenausstattung
			Kontextuelle Bedarfsadaptation
			Partizipationsmöglichkeit
	Patient:innenseitig		
		Heterogenität der Bedarfe und Nutzung	
		Erreichbarkeit	
		Überforderung	
Coronaphase			
	Förderfaktoren		
		Versorgendenseitig	
			Schaffung von virtuellen Austauschmöglichkeiten
			Bedarfsgerechte PO Patient:innenversorgung
			Flexibilität in Patient:innenversorgung
			Rollenklarheit und Routine
			Personelle Stabilität
		Patient:innenseitig	
			Erreichbarkeit der Patient:innen
	Hemmfaktoren		
		Versorgendenseitig	
		Zeitliche Verzögerung Rücklauf	
		Neurrekrutierung	

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
			Klinische Auswirkung auf Patient:innenversorgung
			Ressourcenaufwand
			Angesichtliche Austauschmöglichkeit
		Patient:innenseitig	
			Auswirkung auf Patient:innenzustand
Status-quo nach erster Coronawelle			
	Hemmfaktoren		
		Studienseitig	
		Versorgendenseitig	
			Problemzentrierte Nachschulung
			Empfundene Effektivität
			Motivation halten
			CAPSYS Dokumentation
			Zeitliche Begrenzung
			Informationsflut
			Rollentrennung im isPO Team
			Personalknappheit
			Unterschätzung Komplexität Arbeitsvolumen
			Vergütung der Leistungen
			Partizipation
			Konzeptentwicklung für PO
			Passgenauigkeit Konzept für PO
		Patient:innenseitig	
			Situative Überforderung
			Patient:innenseitiges Programmverständnis
	Förderfaktoren		
		Versorgendenseitig	
			Auswirkung Patient:innenversorgung
			Routine in Versorgung
		Patient:innenseitig	
Konditionen für Übertragung in Regelversorgung			
	isPO Programm Ebene		
		Informationsstrategie optimieren	

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1	Unterkategorien Ebene 2	Unterkategorien Ebene 3
			Verschlinkung der Dokumentation
			Qualität im isPO Team sichern
			Prozessoptimierungen
			Flexible Einschreibung
			Sektorenübergreifende Versorgung
			Bedarfe ganzheitlich erfassen
			Angemessene Vergütung
			Mehr PO Personal
			isPO für alle Patient:innen offen
	Gesellschaftliche Ebene		
			PO ist Bestandteil der Onkologischen Regelversorgung
			Gesundheitspolitischer Kulturwandel
			Breite gesellschaftliche Akzeptanz
	Onkologische Versorgungsebene		
			Akzeptanz bei Mediziner:innen erhöhen
	Adäquate Dissemination		

Anhang 21: Leitfaden zu den Einzelinterviews und der Fokusgruppe mit isPO-Onkolots:innen

Einführung	
Begrüßung & Rollendefinition	<p>Begrüßung des Teilnehmenden, Dank für die Teilnahme, Vorstellung des Erhebungsteams</p> <p>Herzlich Willkommen, schön, dass sich die Möglichkeit für eine Gruppendiskussion ergeben hat. Bevor ich Ihnen den Ablauf der Gruppendiskussion erläutere möchte ich Ihnen unser Team kurz vorstellen und wer von uns beiden welche Aufgabe während des Interviews übernimmt:</p> <p>Moderatorin (SaS): Reingeben neuer Fragen und Moderation der Fokusgruppe. Co-Moderatorin (TK): verschriftlicht Fragen und Impulse für Pinnwand, und stellt ggf. Rückfragen. Protokollantin (JR): Dokumentiert Sprecherwechsel → danach Vorstellung der Webseite SHK CIO</p> <p>Örtlichkeit vorstellen Hinweis zur Verpflegung und Teilnehmendenliste</p>
Ziel	<p>Thema des Interviews vorstellen, Teilnehmenden zum offenen Gespräch anregen</p> <p>In dieser Gruppendiskussion möchten wir Ihnen die Gelegenheit dazu geben, von Ihren bisherigen Erfahrungen in Ihrer Tätigkeit als isPO-Onkolotse zu berichten und darüber in Austausch zu kommen. Wir interessieren uns besonders dafür, wie Sie die Vorbereitung auf dieses Ehrenamt und die Gespräche mit den Patienten erleben und welche Anregungen und Wünsche Sie für die Tätigkeit in der Regelversorgung haben.</p>
Ablauf	<p>Kein richtig oder falsch, Ihre Meinungen und Erfahrungen; Dauer des Interviews (min.), Aufnahme</p> <p>Sprechen Sie ganz frei. Es gibt weder „richtige“ noch „falsche“ Antworten. Für uns zählen Ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Meinungen! Dafür möchten wir uns heute insgesamt 1-2 Stunden Zeit nehmen. Das heutige Gespräch, würden wir gerne, soweit Sie alle damit einverstanden sind, aufnehmen. So können wir uns zum einen besser auf das Gespräch konzentrieren, da wir nicht alles händisch mitprotokollieren müssen und zum andere erleichtert es uns auch sehr die Auswertung dessen, was heute besprochen wird.</p>

Datenschutz	<p>Transkription anonymisiert, Ausfüllen der EV</p> <p>Die Aufnahme wird von einem <u>Transkriptionsbüro</u> verschriftlicht. Ihr <u>Name</u> wird dabei durch <u>Pseudonyme</u> ersetzt. Somit sind später keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Um anschließend die Interviews auswerten zu können, müssten Sie uns bitte noch die <u>Einverständniserklärung</u> unterschreiben.</p>
Fragen	<p>Klärung von Fragen seitens der Teilnehmenden, Einschalten des Aufnahmeegeräts</p> <p>Haben Sie noch Fragen zum Ablauf oder Hintergrund des Interviews? Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, würden wir nun mit dem Interview beginnen.</p>
Vorstellung/Einführung	<p>Vorstellung des Teilnehmenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bitte stellen Sie sich selbst kurz vor: - Inwieweit sind oder waren in der Selbsthilfe außerhalb von isPO aktiv? - Seit wann sind Sie als isPO-Onkolotse zertifiziert und seit wann sind Sie „im Einsatz“? - Wie viele Krebspatienten haben Sie seitdem (ungefähr) beraten? <p>Assoziation zur Rolle des isPO-Onkolotsen Wort, Bild</p>

	Leitfrage	Nachfragen	Check
	Zugang und Schulung		
	Wie kam es dazu, dass Sie überhaupt isPO-Onkolotse geworden sind? Bitte beschreiben Sie den Weg vom erstmaligen Erfahren vom isPO-Programm bis hin zu Ihrer Zertifizierung .	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Wie haben Sie von isPO/vom isPO-Onkolotse erfahren?</u> - <u>Warum fühlten Sie sich angesprochen?</u> - <u>Wie verliefen die Schulungen?</u> - <u>Inwiefern haben die Schulungen Sie auf Ihre Tätigkeit vorbereitet?</u> - Welche Inhalte sind Ihnen in der Schulung zu kurz gekommen oder haben Ihrer Meinung nach gefehlt? - <u>Wie verlief der Übergang von der Zertifizierung zur praktischen Tätigkeit als isPO-Onkolotse?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierungsstrategien/-wege - Motivation - Schulung - Übergang von Schulung/Zertifizierung zur praktischen Tätigkeit
	Aufgaben und Erfahrungen		
	Wenn Sie einem Kollegen aus der Selbsthilfe Ihre Arbeit beschreiben sollen, wie würden Sie den Ablauf eines „typischen Einsatzes“ als isPO-Onkolotse schildern?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Wie erfahren Sie von einem „Auftrag“?</u> - <u>Wie vereinbaren Sie Termine?</u> - <u>Wo beraten Sie für gewöhnlich?</u> - <u>Wie lange dauert ein Einsatz?</u> - <u>Wann</u> findet das Gespräch mit dem Patienten (Zeitraum nach Diagnosestellung) statt? - <u>Was geben Sie dem Patienten mit auf dem Weg?</u> - Was ist häufigster Gesprächsinhalt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Terminliche Organisation des Einsatzes - Strukturelle Gegebenheiten vor Ort - Erhalt der Info-Mappe - Räumlichkeiten - Dauer des Gesprächs - Häufigkeit der Gespräche mit demselben Patienten
	Wie erleben Sie die Gespräche mit den Patienten?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>In welcher Verfassung sind die Patienten in der Regel?</u> - <u>Wie treten Ihnen die Patienten gegenüber?</u> - Wann treffen sie gewöhnlich auf die Patienten (zu Beginn, oder mittendrin...)? - Mit welchen Fragen begegnen Ihnen die Patienten? - <u>Wie fühlen Sie sich als isPO-Onkolotse nach einem Gespräch?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - eigene psychische Belastung - Gesprächsbereitschaft der Patienten - Fragen der Patienten - Dauer und Häufigkeit adäquat? - Zeitpunkt adäquat?

		<ul style="list-style-type: none"> - <u>Was ist der Nutzen für den Patienten an einem Gespräch mit einer selbstbetroffenen Person?</u> - <u>Wie schätzen Sie den Nutzen der Info-Mappe ein, welche im Gespräch persönlich übergeben wird für den Patienten ein?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzen für die Patienten
	Wie erleben Sie die Tätigkeit als isPO-Onkolotse durch Corona ?	<ul style="list-style-type: none"> - Was hat sich durch Corona verändert? - Welche Aspekte wurden durch Corona zur Herausforderung? - Welche Aspekte haben sich durch Corona verbessert? - Wie haben Sie die Patienten während Corona erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktform - Kontakthäufigkeit - Versorgungsabbruch?
isPO-Onkolotsen-Konzeptbewertung			
	Das i in isPO steht für integriert. Die Patientensicht soll also im Programm integriert sein. Das ist maßgeblich Ihr Anteil am Programm. Wie bewerten Sie das innovative Konzept des isPO-Onkolotsen insgesamt?	<ul style="list-style-type: none"> - Könnte man auf das i in isPO verzichten? - Wie sinnvoll und ausgereift ist das Onkolotsen-Konzept? - Wie bewerten Sie die Vorbereitung, Schulung und Begleitung? - Wie bewerten Sie Ihre Arbeit für die Patienten und deren Familien? - Wie bewerten Sie Ihre Arbeit zur Unterstützung des professionellen Unterstützungsteam? - Was hat eine selbstbetroffene Person einem professionellen Versorger voraus? - Wie hätten Sie persönlich von einem isPO-Onkolotsen profitiert, wenn es einen für Sie gegeben hätte? 	<ul style="list-style-type: none"> - Reifegrad - Schulung - Inhalte der Tätigkeit - Belastung durch die Tätigkeit - Info-Mappe - Supervision - Nutzen für die Patienten - Einbindung in das isPO-Team - Erfahrungsexpertise im Vergleich zu professionellen Versorgern - Bedeutung der Selbsthilfe Vorbildfunktion (Wegweiser, Mutmacher)

Ausblick		
Welche Wünsche haben Sie an die Schulung und Ausgestaltung der Tätigkeit als isPO-Onkolotse für die Regelversorgung ?		<ul style="list-style-type: none"> - Schulungsinhalte (Aufbaukurse) - Supervision - Einbindung ins Team
Inwieweit wurden Ihre Erwartungen an die Tätigkeit als isPO-Onkolotse erfüllt?	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Welche Erwartungen hatten Sie vor Antritt Ihrer Tätigkeit als OL und wurden diese erfüllt?</u> - Erleben Sie die Arbeit als isPO-Onkolotse als sinnstiftend? - <u>Inwieweit fühlen Sie sich als Teil des Unterstützerteams?</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung - Tätigkeit an sich - Unterstützung durch professionelle Versorger (Supervision) - Kontakt mit anderen isPO-Onkolotsen - Nutzen für die Patienten
Programmbewertung		
Wie bewerten Sie isPO?		
Was wünschen Sie sich für die Zukunft von isPO?		<ul style="list-style-type: none"> - Verstetigung des isPO-Onkolotsen-Konzepts innerhalb von Deutschland - Regionale Nachhaltigkeit
Zum Abschluss: Gibt es noch etwas Auffälliges / Problematisches / Gutes / Wichtiges, was Sie uns zu dem isPO-Projekt erzählen möchten, was zuvor nicht zur Sprache gekommen ist?		

Anhang 22: Kategoriensystem zur Auswertung der Einzelinterviews und der Fokusgruppe mit isPO-Onkolots:innen

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1
Assoziation zu isPO	
Zugang zur isPO-Onkolots:innen-Tätigkeit	
	Vorerfahrungen in der Selbsthilfe
	Motivation
	Voraussetzungen
	Rekrutierung zum:zur isPO-Onkolots:in
	Erwartungen an die Tätigkeit
Vorbereitung auf die Tätigkeit	
	Schulungsumfang
	Schulungsinhalte
	Zeitraum zwischen Zertifizierung und Tätigkeit
	Gründe für Nicht-Einsatz
Beschreibung der isPO-Onkolots:innen-Tätigkeit	
	Tätigkeitsfokus
	Veränderungen durch Coronapandemie
	Gesprächsanhaltung
	Infrastruktur
	Vor- und Nachbereitung der isPO-Onkolots:innen-Einsatzes
	Gesprächsinhalte
	Bedeutung der Info-Mappe für das Gespräch
	Matchen von Patient und isPO-Onkolots:in
	Umfang der Tätigkeit
	Zeitpunkt im Versorgungsverlauf
	Dauer der Gespräche pro Patient:in
	Frequenz der Gespräche pro Patient:in
	Kompensation der isPO-Onkolots:innen-Einsätze
Erfahrungen in der Tätigkeit	
	Gespräche mit Angehörigenteilnahme
	Subjektive Wahrnehmung der Bedarfe des:der Patient:in
	Einstellung des:der Patient:in zum Gesprächsangebot
	Empfundener Nutzen für die Patient:innen
	Empfundener Nutzen für die isPO-Onkolots:innen
	Wahrgenommene Integration der isPO-Onkolots:innen in isPO-Versorgenden-Team
	Vernetzung der isPO-Onkolots:innen untereinander
	Belastung durch die Tätigkeit
	Unterstützung der isPO-Onkolots:innen durch professionelle Versorgende

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1
	Individuelle Verarbeitungsstrategien bei belastenden Gesprächen
Einfluss der isPO-Onkolots:innen in der Psychoonkologie	
	Emotionale Stärkung
	Authentische Empathie- & Erfahrungsebene
	Vertrauen der Patient:innen durch Offenheit der isPO-Onkolots:innen
Stärken des isPO-Onkolots:innen-Konzepts	
	Schulung zur Gesprächsführung
	isPO-Onkolots:innen als Türöffner für Psychoonkologische-Versorgung
	Relevante, seriöse & passgenaue Informationsvermittlung
	Zeitpunkt des Gesprächs im Versorgungsverlauf
	Frequenz der Gespräche pro Patient:in
	Zusammenstellung der Info-Mappe
Schwächen des isPO-Onkolots:innen-Konzepts	
	Vorgegebene Gesprächsdauer pro Patient:in
	Schulungsinhalte
	Kostendeckung
	„Kriterien“ zur Eignung als isPO-Onkolots:in
	Schulungsumfang
	Zeitpunkt des Gesprächs im Versorgungsverlauf
	Frequenz der Gespräche pro Patient:in
	Zusammenstellung der Info-Mappe
	Bedeutung der Info-Mappe
	Matchen von Patient:in und Onkolots:in mit gleicher Krebsentität
	Unterstützung der isPO-Onkolots:innen durch professionelle Versorgende
	Ressourcenaufwand für die Klinik
Verbesserungsvorschläge für die Regelversorgung	
	Passgenaue & kontinuierliche Schulung
	Kostendeckung
	Wertschätzung der Tätigkeit steigern
	Auswahlverfahren für isPO-Onkolots:innen-Eignung
	Regelmäßige (Gruppen-)Supervision
	Flexibles Gesprächsangebot (Zeitpunkt, Dauer, Frequenz)
	Inhalt und Gestaltung der Info-Mappe
	Ausbau der isPO-Onkolots:innen-Teams
	Regelmäßiger Austausch der isPO-Onkolots:innen untereinander
	Optimierung der Zusammenarbeit mit isPO-Versorgenden-Team
Stärken von isPO	
	Hohe Akzeptanz bei den Patient:innen

Oberkategorien	Unterkategorien Ebene 1
	Niederschwelliges Unterstützungsangebot
	Integration in die Krebstherapie
Schwächen von isPO	
	Einschränkungen in der Studienphase
	Negative Einstellung der Ärzt:innen
	Organisatorischer Aufwand/ Dokumentation
Zukunftserwartungen für isPO	
	Patient:innenebene
	Versorgenden-Ebene Psychoonkologie
	isPO-Onkolots:innen-Ebene
	Versorgenden-Ebene: Biomedizin
	Gesellschaftliche Ebene
Stellung der Selbsthilfe	
	Haltung der Patient:innen
	Haltung professioneller Versorgender

Anhang 23: Variablenliste CAPSYS

AP2-7-1-1 Export-Datenbankbeschreibung

- [Vorbemerkungen Dictionairs:](#)
- [Schema-Definitions-Script \(einschl. Versionierung\) Allgemeine Angaben](#)
 - [Timestamp:](#)
 - [Bool und tinyint\(1\):](#)
 - [Primarykeys/ Eindeutiger Schlüssel:](#)
 - [Foreignkey / Fremdschlüssel: Tabellenübersicht](#)
- [Tabellendetails](#)
 - [export_infos ispo_patcase ispo_case_history ispo_psych_context](#)
 - [p_diagnosis p_consultation p_enrolment_consultation p_hads](#)
 - [p_kea p_psr](#)
 - [p_onco_guide_consultation p_onco_guide_evaluation p_pt_consultation](#)
 - [p_pt_consultation_module p_psf_consultation p_psf_consultation_problem](#)
 - [p_psf_consultation_note p_psf_consultation_subnote p_case_conference](#)
 - [p_critical_incident](#)

Vorbemerkungen

Die CAPSYS2020-Datenbank ist aufgrund der vielen funktionalen Anforderungen sehr komplex und differenziert. Viele Attribute werden für den Export nicht benötigt bzw. dürfen nicht exportiert werden (Beispiel Freitextfelder).

Exportiert werden nur Daten von Fällen, die der AufnahmeDatenweiterleitung zugestimmt haben. Es werden auch die Daten von Drop-Outs weitergeleitet, da gemäß Med I ein Rausfall aus Selektivvertrag und/oder Studie nicht die Zustimmung zur Weiterleitung zurückzieht (Anm. Haas: Darüber kann man streiten ...)

Auf Ebene der Maßnahmen werden nur jene Maßnahmen exportiert die vollständig abgeschlossen sind, also im Status "fix&fertig" sind. Die folgende Excel-Datei listet alle Tabellen der Originalanwendung auf unter Markierung der Attribute, die exportiert werden.

Dictionairs:

Alle genutzten Diktionäre finden sich in:

[AP1-1-9 Semantik-Katalog](#)

die für das PT-Gespräch verwendeten Diktionäre finden sich dabei in den Untermenüpunkten zu




[AP1-1-9 PT](#)


Schema-Definitions-Script (einschl. Versionierung)



Beim Aufbau einer neuen Datenbank in einem SQL-Server wird zunächst das Schema erstellt und in einem zweiten Schritt wird das Schema dann mit Daten gefüllt. Dies kann mit einem einzigen SQL-Script oder mit zwei separaten SQL-Scripten erfolgen.

Im isPO-Produktivbetrieb besteht die Besonderheit, dass die Exportdaten von vier Netzwerken eingespielt werden müssen. Würde das von den Netzwerken an das IMSB übermittelte SQL-Script neben den eigentlichen Daten auch die Daten für die Erstellung des Schemas beinhalten, würde insgesamt vier Mal das Schema der Datenbank angelegt werden. Beim erneuten Erstellen des Schemas würden dann die bereits eingepflegten Daten der anderen Netzwerke gelöscht werden. Daher wurde CAPSYS so implementiert, dass im Produktivbetrieb die von den einzelnen Netzwerken an das IMSB zugesandte Datei nur die eigentlichen Daten, nicht jedoch die Schema-Informationen enthält. Vor Einspielen dieser Datensätze in einen SQL-Server muss daher in den SQL-Server ein separates SQL-Script eingespielt werden, das die für das Anlegen des Schemas erforderlichen Informationen enthält.

Die einzelnen CAPSYS-Versionen können aufgrund der Weiterentwicklung von CAPSYS und geänderter bzw. ergänzter Anforderungen unterschiedliche Datenbanken enthalten. Dementsprechend können die Schema-Definitions-Scripte von verschiedenen CAPSYS-Versionen unterschiedlich sein. In der folgenden Tabelle sind die versionsspezifischen Schema-Definitions-Scripte gelistet und können zur weiteren Verwendung heruntergeladen werden.

CAPSYS-VERSION	RELEASE-DATUM	SCHEMA-DEFINITIONS-SCRIPT
1.3.0	05.07.2019	 db_create_v1.3...._2019_07_05.sql
1.3.2	05.08.2019	 db_create_v1.3.2_05.08.19.sql
1.3.3	30.08.2019	 db_create_v1.3.3_30.08.19.sql
1.3.4	27.09.2019	wie Version 1.3.3
1.3.5	08.11.2019	wie Version 1.3.3
1.3.6	13.12.2019	wie Version 1.3.3

1.3.7	07.02.2020	wie Version 1.3.3
1.3.8	27.03.2020	 db_create_v1.3.8_27.03.20.sql
1.4.1	25.05.2020	wie Version 1.3.8
1.4.2	25.06.2020	wie Version 1.3.8

1.4.3	??.08.2020	 db_create_v1.4...._31_07_2020.sql
1.4.4	??.09.2020	 db_create_v1.4.4_04.09.20.sql
1.4.5	16.12.2020	wie Version 1.4.4

Im Produktivbetrieb kann also das für die jeweilige CAPSYS Version gültige Script dazu verwendet werden, vor Bearbeitung des Exports das Schema der Datenbank in einem SQL-Server zu erzeugen und dann sukzessive die von den vier Netzwerken übermittelten SQL-Scripte mit den eigentlichen Daten einzupflegen.

Allgemeine Angaben

Timestamp:

Alle Datumsangaben sind als Timestamp gespeichert. Format : YYYY-MM-DD hh:mm:ss, Beispiel: 2019-04-04 12:19:27. Ist nur das Datum von Interesse, ist die Uhrzeit 00:00:00.

Bool und tinyint(1): 0-nein, 1-ja

Primarykeys/ Eindeutiger Schlüssel:

Die eindeutigen Schlüssel zur Unterscheidung der einzelnen Einträge sind in der Tabellenübersicht gelb hinterlegt. Für Dokumente die nur einmalig erfasst werden kann

bildet das Pseudonym den Primarykey. Bei Dokumentationen für die es mehrere Ausführungen gibt es eine ID, die zusammen mit der *institution_number* einen eindeutigen Schlüssel ergibt. Somit gibt es für jede Ausprägung eine neue Zeile.

Foreignkey / Fremdschlüssel:

Fremdschlüssel dienen der Darstellung von Relationen zwischen Tabelle. Durch das Speichern eines Primarykeys in einer Tabelle, wird eine Beziehung zu einer anderen Tabelle abgebildet. So beinhaltet zum Beispiel eine Notiz zu einem PSF Gespräch (*p_psf_consultation_note*) eine eigene *id* und eine *problem_id*. Letztere verweist auf ein Problem, dem die Notiz zugeordnet wird. Damit dies eindeutig ist, steht in *problem_id* die zugehörige *id* des Problems.

konkretes Beispiel: Es gibt ein Problem mit der *id* = 9. Zugehörig gibt es eine Notiz mit eigener *id* = 25. Um die Verknüpfung darzustellen steht in der Notiz im Feld *problem_id* die 9 des zugehörigen Problems:

Ausschnitt Tabelle: *p_psf_consultation_problem*

Attribut	Wert
id	9
..	..

Ausschnitt Tabelle: *p_psf_consultation_note*

Attribut	Wert
id	25
problem_id	9
..	..

Tabellenübersicht

Vorwort:

Die Spalte **Häufigkeit pro Patient** beschreibt die die max. mögliche Anzahl von Datensätzen pro Patient.

Symbol	Bedeutung
-	Einträge gehören nicht zu konkreten Patienten
1	Maximal einmal pro Patient
N	Es können beliebig viele Einträge dieser Art pro Patient vorliegen

Die Spalte Mehrfachnennungen zeigt ob die entsprechende Tabelle Attribute beinhaltet die nicht atomare Werte haben, somit verschiedene Ausprägungen gleichzeitig im selben Feld stehen können.

Tabellenn ame	Bedeut ung	auf Basis von CAPSYS- Tabellen	Häufig keit pro Patie nt	Mehrfachnen nungen	Anmerkungen
export_inf os	Datum und ID der Exporte rzeug ung		-	nein	
ispo_patca se	Daten zum isPO- Fall	person, case_ispo	1	nein	
ispo_case_ history	Historie der Statusän deru ngen	ispo_case_ status _history	N	nein	
ispo_psych _cont ext	Psychos oziale r Kontext	ispo_psyc ontext	1	nein	
p_diagnosi s	Diagnose n	pat_pheno nemon , pat_diagno sis	N	nein	
p_consulta tion	Arztgespr äch	pat_pheno nemon , pat_proce dure, phenproc_i spo_c onsultation	1	nein	
p_enrolme nt_con sultation	Einschrei bung sgespräch	pat_pheno nemon , pat_proce dure, phenproc_ enrolm ent_consul tation	1	nein	

p_hads	Patientendate n zum HADS	pat_phenonemon , pat_procedure, phenproc_assessment_pat_value, phenproc_assessment_pat_derived scores	N	nein	für questionabbr: HADS-X
p_kea	Patientendate n zum KEA	pat_phenonemon , pat_procedure, phenproc_assessment_pat_value, phenproc_assessment_pat_derived scores	N	nein	für questionabbr: KEAX
p_psr	Patientendate n zum PSR	pat_phenonemon , pat_procedure, phenproc_assessment_pat_value, phenproc_assessment_pat_derived scores	N	nein	für questionabbr: PSR-X-X
p_onco_guide_consultation	Onkolots enge spräch	pat_phenonemon , pat_procedure, phenproc_onco_guide_consultation	1	nein	

p_onco_guide_evaluation	Onkolotsenevaluation	pat_phenonemon , pat_procedure, phenproc_onco_guide_evaluation	1	nein	
p_pt_consultation	PT-Gespräch	pat_phenonemon , pat_procedure, phenproc_pt_consultation	N	ja	zu T1, T2, T3
p_psf_consultation	PSF-Gespräch	pat_phenonemon , pat_procedure,	N	nein	Allgemeine Daten zur Maßnahmeart Psychosoz. Gespräch
p_pt_consultation_module	Modulstatistik zu PT-Gespräch	phenproc_pt_consultation_module	N	nein	Eine Modulstatistik gehört immer zu einem PT-Gespräch
p_psf_consultation_problem	Problemelemente des PSF-Gesprächs	pat_problem	N	nein	Allgemeines Problem, dass während eines Psychosoz. Gesprächs dokumentiert werden kann. Dabei wird ein Problem nur in einem Gespräch erfasst, kann dann allerdings in allen folgenden Gesprächen aufgegriffen werden
p_psf_consultation_note	Notelemente des PSF-Gesprächs	pat_problem_note	N	nein	Eine Aktion die auf ein Problem folgen kann. Hierbei handelt es sich um die erste Hierarchieebene des Kataloges Problemaktion . Zu jedem Problem können beliebig viele Aktionen durchgeführt / dokumentiert werden. Eine Zuordnung zu einem Gespräch ist

					über die Spalte consultation_id und zu einem Problem über die Spalte problem_id möglich.
p_psf_consultation_subnote	Subnote-Elemente des PSF-Gesprächs	pat_problemm_subnote	N	nein	Eine Subnote gehört immer zu einer Note also Problemaktion . Hierbei handelt es sich immer um einen Eintrag einer tieferen Hierarchieebene als die zugehörige Aktion. Einer Aktion können beliebig viele Subnotes angehängt werden. Dies ist aber nur für Aktionen möglich die weitere Hierarchieebenen besitzen. Die Aktion "Ziel" besitzt z. B. keine weiteren Ebenen und kann so keine Subnotes haben. Wohingegen die Aktion "Ressourcen" mehrere Subnotes besitzen kann in der Ausprägungen wie z. B. Hobbies, Optimismus, Arbeitsplatzsicherheit etc. erfasst werden können.
p_case_conference	Fallkonferenz zur 3b-Entscheidung	phenproc_case_conference	1	nein	
p_critical_incidence	Kritisches Ereignis	critical_incidence	N	nein	

Tabellendetails

export_infos

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Id des erstellten Exports	

institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_datetime	timestamp		Zeitpunkt der Export-Erzeugung	
capsys_version	varchar(40)		Versionsnummer der CAPSYS Software	
capsys_build_no	varchar(40)		Buildnummer der CAPSYS Software	

ispo_patcase

Dictionaire: IsPoTier

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
gender	varchar(10)		Geschlecht des Patienten	Dictionaire: Werteliste Geschlecht
health_economical_evaluation	tinyint(1)		Boolscher Wert, ob die Krankenkasse des Patienten an der gesundheitsökonomischen Evaluation teilnimmt.	0 = Krankenkasse des Patienten nimmt nicht an der gesundheitsökonomischen Evaluation teil 1 = Krankenkasse des Patienten nimmt an der gesundheitsökonomischen Evaluation teil null = Keine oder mehrere Krankenkassen

				vorhanden (sollte nicht vorkommen, Einzelklärung erforderlich)
birth_year	integer		Geburtsjahr des Patienten	
month_of_death	integer		Todesmonat des Patienten	1 = Januar, 2 = Februar, ... , 11 = November, 12 = Dezember
year_of_death	integer		Todesjahr des Patienten	yyyy
marital_status_cd	varchar (20)		Partnerschaftstatus des Patienten	Dictionaire: Werteliste Familienstand
nationality_cd	varchar (10)		Nationalität des Patienten	Dictionaire: Werteliste Nationalität
second_nationality	varchar (60)		Zweite Nationalität	Dictionaire: Werteliste Nationalität
created	timestamp		Datum Erstellung des Patient	
ispo_tier_cd	varchar (30)		eingeteilte Stufe des Patienten	Dictionaire: Werteliste isPO-Stufe
status_cd	varchar (30)		Status des Falls	Dictionaire: Werteliste Fallstatus
created_dttm	timestamp		Datum der Fallanlage (Zeitpunkt der Freigabe des Arztgesprächs)	
start_dttm	timestamp		bei Studienteilnahme: Startdatum der Studienteilnahme bei Nichtteilnahme an der Studie: Beginn der Teilnahme am Selektivvertrag bzw. Datum des Beginn des Behandlungsvertrags nach § BGB 630a	
end_dttm	timestamp		reguläres Enddatum der Studienteilnahme (immer genau 1 Jahr nach start_dttm)	

pat_data_forwarding_agreement_cd	vvarchar (30)		Erlaubnis der Datenweiterleitung	Dictionaire: Werteliste Datenweiterleitungsvereinbarung
----------------------------------	---------------	--	----------------------------------	--

isBGB630 (ab CAPSYS Version 1.3.3)	BOOL		Gibt an, ob die Vertragsgrundlage der Selektivvertrag nach § 140a SGB 5 oder ein Behandlungsvertrag nach § 630a BGB ist.	NULL - nicht eingeschrieben 0 - Behandlung aufgrund Selektivvertrag nach § 140a SGB 5 1 - Behandlungsvertrag gemäß § 630a BGB
pat_enroled_selective_contract (bis CAPSYS Version 1.3.2)	vvarchar (30)		Zustimmung zum Selektivvertrag	0-nein, 1-ja
pat_enroled_contract (ab CAPSYS Version 1.3.3)	vvarchar (30)		Zustimmung zum Selektivvertrag / Vertrag nach § 630a BGB	0-nein, 1-ja
pat_enroled_selective_contract_dttm (bis CAPSYS Version 1.3.2)	timestamp		Datum der Zustimmung /Ablehnung des Selektivvertrags	
pat_enroled_contract_dttm (ab CAPSYS Version 1.3.3)	timestamp		Datum der Zustimmung /Ablehnung des Selektivvertrags / Vertrags nach § 630a BGB	
pat_enroled_selective_contract_status (bis CAPSYS Version 1.3.2)	vvarchar (30)		Status des Selektivvertrags	eingeschrieben / ausgeschrieben / Einschreibung abgelehnt
pat_enroled_contract_status (ab CAPSYS Version 1.3.3)	vvarchar (30)		Status des Selektivvertrags / Vertrags nach § 630a BGB	eingeschrieben / ausgeschrieben / Einschreibung abgelehnt
pat_enroled_selective_contract_termination_dttm (bis CAPSYS Version 1.3.2)	timestamp		Datum der Beendigung des Selektivvertrags	
pat_enroled_contract_termination_dttm (ab CAPSYS Version 1.3.3)	timestamp		Datum der Beendigung des Selektivvertrags /	

1.3.3)			Vertrags nach § 630a BGB	
pat_enroled_selective_contract_termination_reason_cd (bis CAPSYS Version 1.3.2)	varchar (30)		Grund der Beendigung des Selektivvertrags - Code	Dictionaire: Werteliste Dropout Gründe
pat_enroled_contract_termination_reason_cd (ab CAPSYS Version 1.3.3)	varchar (30)		Grund der Beendigung des Selektivvertrags / Vertrags nach § 630a BGB - Code	Dictionaire: Werteliste Dropout Gründe
pat_enroled_selective_contract_termination_reason_dttm (bis CAPSYS Version 1.3.2)	timestamp		Datum der Dokumentation des Grunds für die Beendigung des Selektivvertrags	
pat_enroled_contract_termination_reason_dttm (ab CAPSYS Version 1.3.3)	timestamp		Datum der Dokumentation des Grunds für die Beendigung des Selektivvertrags / Vertrags nach § 630a BGB	
pat_enroled_trial	varchar (30)		Zustimmung Studienteilnahme	0-nein, 1-ja
pat_enroled_trial_dttm	timestamp		Datum der Zustimmung / Ablehnung der Studienteilnahme	
pat_enroled_trial_status	varchar (30)		Status der Studienteilnahme	eingeschrieben / ausgeschrieben / Einschreibung abgelehnt
pat_enroled_trial_termination_dttm	timestamp		Datum der Beendigung der Studienteilnahme	
pat_enroled_trial_termination_reason_cd	varchar (30)		Grund der Beendigung der Studienteilnahme - Code	Dictionaire: Werteliste Dropout Gründe
pat_enroled_trial_termination_reason_dttm	timestamp		Datum der Dokumentation des Grunds für die Beendigung der Studienteilnahme	
pat_enroled_status_cd_before_dropout	varchar (30)		Status vor Dropout	Dictionaire: Werteliste Fallstatus
pat_enroled_tier_cd_before_dropout	varchar (30)		Stufe vor Dropout	

first_approval	Bool		erste Stufenprüfung	
first_approval_request_dttm	timestamp		Anfragedatum an PT - ersten Stufenprüfung	
first_approval_confirmation_dttm	timestamp		Bestätigung Annahme PT - erste Stufenprüfung	
first_tier_approval_remark	varchar (255)		Notiz erste Stufenzuteilung	
second_approval	Bool		zweite Stufenprüfung	
second_approval_request_dttm	timestamp		Anfragedatum an PT - zweite Stufenprüfung	
second_approval_confirmation_dttm	timestamp		Bestätigung Annahme PT - zweite Stufenprüfung	
second_tier_approval_remark	varchar (255)		Notiz zweite Stufenzuteilung	
third_approval	Bool		dritte Stufenprüfung	
third_approval_request_dttm	timestamp		Anfragedatum an PT - dritte Stufenprüfung	
third_approval_confirmation_dttm	timestamp		Bestätigung Annahme PT - dritte Stufenprüfung	
third_tier_approval_remark	varchar (255)		Notiz dritte Stufenzuteilung	
attending_psy_therapist_request_dttm	timestamp		Anfragedatum PT	
attending_psy_therapist_confirmation_dttm	timestamp		Annahmedatum PT	
attending_psy_specialist_request_dttm	timestamp		Anfragedatum PSF	
attending_psy_specialist_confirmation_dttm	timestamp		Annahmedatum PSF	
attending_cmo_request_dttm	timestamp		Anfragedatum CMO	
attending_cmo_confirmation_dttm	timestamp		Annahmedatum CMO	
first_short_report_sent	timestamp		Datum der Versendung des Kurzberichts zu T1 an den Arzt	
second_short_report_sent	timestamp		Datum der Versendung des	

			Kurzberichts zu T2 an den Arzt	
third_short_report_sent	timestamp		Datum der Versendung des Kurzberichts zu T3 an den Arzt	
first_patient_report_sent	timestamp		Datum der Versendung des Patientenbriefs zu T1	
second_patient_report_sent	timestamp		Datum der Versendung des Patientenbriefs zu T2	
third_patient_report_sent	timestamp		Datum der Versendung des Patientenbriefs zu T3	
second_survey_sent	timestamp		Datum der Versendung des Erhebungsschreiben zu T2 an den Patienten	
third_survey_sent	timestamp		Datum der Versendung des Erhebungsschreiben zu T3 an den Patienten	
second_survey_reminder_sent	timestamp		Datum der Versendung des Erinnerungsschreiben zu T2 an den Patienten	
third_survey_reminder_sent	timestamp		Datum der Versendung des Erinnerungsschreiben zu T3 an den Patienten	
second_onkolotsen_evaluation_sent	timestamp		Datum der Versendung des Fragebogens Evaluation-Onkolotsengespräch-T2 an den Patienten	
second_kea_sent	timestamp		Datum der Versendung des KEA-T2 an den Patienten	
third_kea_sent	timestamp		Datum der Versendung des KEA-T3 an den Patienten	
second_psr_sent	timestamp		Datum der Versendung des PSR-T2 an den	

			Patienten	
third_psr_sent	timestamp		Datum der Versendung des PSR-T3 an den Patienten	
invoice_report_sent	timestamp		Datum der Versendung des Rechnungsbrief an den Arzt	
participation_statement_sent	timestamp		Datum des Versends der Patiententeilnahmeerklärung an die Krankenkasse	
survey_reply_t2_receipt	timestamp		Datum Eingang der Antwort auf das T2 Anschreiben	
survey_reply_t3_receipt	timestamp		Datum Eingang der Antwort auf das T3 Anschreiben	
inactive_selective_contract	Bool		Gibt an, ob ein inaktiver Selektivvertrag vorliegt	
critical_incident	Bool		Gibt an, ob (mindestens) ein Critical Incident vorliegt	
inactive_selective_contract_begin_dttm	timestamp		Beginn der Inaktivität des Selektivvertrags	
inactive_selective_contract_end_dttm	timestamp		Ende der Inaktivität des Selektivvertrags	
inactive_selective_contract_reason_cd	varchar (30)		Grund der Inaktivität - code	Dictionaire: Werteliste Dropout Gründe
inactive_selective_contract_reason_dttm	timestamp		Dokumentationsdatum Grund für Inaktivität	

ispo_case_history

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Id der Statusänderung	
pseudonym	varchar (64)		Pseudonym des Patienten	

institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
prev_status	varchar(30)		Vorheriger Status	Dictionaire: Werteliste Fallstatus
cur_status	varchar(30)		Aktueller Status	Dictionaire: Werteliste Fallstatus
change_dttm	timestamp		Timestamp der Änderung	

ispo_psych_context

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
household_cd	varchar(30)		Hauhalt - code	Dictionaire: Werteliste Haushalt
partnership_cd	varchar(30)		Partnerschaft - code	Dictionaire: Werteliste Partnerschaft
household_persons	int(11)		Anzahl Personen im Haushalt	
lone	tinyint(1)		Alleinerziehend	ja / nein
needy_persons	tinyint(1)		Pflegebedürftige Personen	ja / nein
depressive_housing	tinyint(1)		Bedrückende Wohnverhältnisse	ja / nein
graduation_cd	varchar(30)		Schulabschluss-code	Dictionaire: Werteliste Schulabschluss
associate_degree_cd (ist leer steht in	varchar(30)			

employment_contract_cd				
occupation_cd	varchar(30)		Erwerbstätigkeit -code	Dictionaire: Werteliste Erwerbstätigkeit
employment_contract_cd (associate_degree_cd)	varchar(30)		Ausbildungs-/berufsabschluss -code	Dictionaire: Werteliste Ausbildungs-/Berufsabschluss
reduced_earning_capacity_cd	varchar(30)		Erwerbsminderung - code	Dictionaire: Werteliste Erwerbsminderung
salary_losses	tinyint(1)		Einkommenseinbußen	ja / nein
severe_disability	tinyint(1)		Schwerbehinderung	ja / nein
severe_disability_percent	int(11)		Schwerbehinderung Prozentuell	3 Zifferen <= 100
severe_disability_char	varchar(3)		Schwerbehinderung Buchstabe	Freitext
embeddedness	tinyint(1)		Eingebundenheit in Gemeinde/Verein /Freundeskreis	ja = 1 / nein = 0 / keine Angaben = NULL
language_problem	tinyint(1)		Sprachprobleme	ja / nein
fulltime_standalone	tinyint(1)		Hauptberuflich selbstständig	ja / nein
economic_protection	tinyint(1)		Finanzielle Sicherheit	ja / nein
non_occupation_cd	varchar(30)		Arbeitslos - Zusatzkatalog aktuelle Beschäftigung	Dictionaire: Werteliste Nichterwerbstätigkeit
support_in_partnership	varchar(30)		Unterstützung in Partnerschaft	Dictionaire: Werteliste - Zusammenhalt in Partnerschaft
chronical_diseases	tinyint(1)		Chonische Erkrankungen	ja / nein

p_diagnosis

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
----------	----------	-------	-----------	--------------

id	bigint(20)		Id der Statusänderung	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar(40)		Status des Phänomens	Immer 'ak'. Ein Status in der Diagnose ist in CAPSYS nicht vorgesehenen. Feld kann somit ignoriert werden.
diagnosis_code	varchar(30)		ICD10 der Diagnose	ICD10

p_consultation

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (gleich	

			dem Start-Zeitpunkt)	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar(40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
stage	varchar(30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3
care_setting1	int(11)		Zuweisende Organisationsform	0 - Arztpraxis 1 - Krankenhaus
care_setting2	int(11)		Art der Zuweisung, nur bei zuweisung durch das Krankenhaus sonst -1	-1 Keine Auswahl 0 Ambulant 1 Stationär
care_setting2_org an	varchar(45)		Organzentrums (nur Krankenhaus)	Dictionaire: Werteliste Organzentren
incoming_registrationsheet_dttm	timestamp		Eingangsdatum des Empfehlungsscheins	

p_enrolment_consultation

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	

occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (gleich dem	

			Start-Zeitpunkt)	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar(40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
stage	varchar(30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3
consultation_duration	int(11)		Dauer des Gespraechs	
selective_contract_consent	tinyint(1)		Zustimmung zum Selektivvertrag	1 - Ja 0 - Nein
selective_contract_consent_dttm	timestamp		Datum der Zustimmung zum Selektivvertrag	
trial_consent	tinyint(1)		Zustimmung zur Studienteilnahme	1 - Ja 0 - Nein
trial_consent_dttm	timestamp		Datum der Zustimmung zur Studienteilnahme	

p_hads

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (gleich dem Start-Zeitpunkt)	

documentatio n_dttm	timesta mp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_m in_dttm	timesta mp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_m ax_dttm	timesta mp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar (40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
hads_stage	varchar (30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3
score_a	decimal (8,4)		Wert des Scores Angst	0-21
score_d	decimal (8,4)		Wert des Scores Depression	0-21
score_g	decimal (8,4)		Wert des Scores Gesamt	0-42
question_a1	decimal (8,4)		Wert der Frage A1	0-3
question_a2	decimal (8,4)		Wert der Frage A2	0-3
question_a3	decimal (8,4)		Wert der Frage A3	0-3
question_a4	decimal (8,4)		Wert der Frage A4	0-3
question_a5	decimal (8,4)		Wert der Frage A5	0-3
question_a6	decimal (8,4)		Wert der Frage A6	0-3
question_a7	decimal (8,4)		Wert der Frage A7	0-3
question_d1	decimal (8,4)		Wert der Frage D1	0-3
question_d2	decimal (8,4)		Wert der Frage D2	0-3
question_d3	decimal (8,4)		Wert der Frage D3	0-3
question_d4	decimal (8,4)		Wert der Frage D4	0-3
question_d5	decimal (8,4)		Wert der Frage D5	0-3

question_d6	decimal (8,4)		Wert der Frage D6	0-3
question_d7	decimal (8,4)		Wert der Frage D7	0-3

p_kea

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifiziert das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (gleich dem Start-Zeitpunkt)	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar(40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
stage	varchar(30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3
score_ag	decimal(8,4)		Wert des Scores Ablenkung / Gedankenunterdrückung	0-20
score_ku	decimal(8,4)		Wert des Scores Kognitive Umbewertung	0-15
score_oh	decimal(8,4)		Wert des Scores Optimismus / Hoffnung	0-30
score_ug	decimal(8,4)		Wert des Scores Unkontrollierbare Gedanken	0-20
score_ve	decimal(8,4)		Wert des Scores Vermeidung	0-20
question_1	decimal(8,4)		Wert der Frage 1	0-5
question_2	decimal(8,4)		Wert der Frage 2	0-5
question_3	decimal		Wert der Frage 3	0-5

	(8,4)			
question_4	decimal (8,4)		Wert der Frage 4	0-5
question_5	decimal (8,4)		Wert der Frage 5	0-5
question_6	decimal (8,4)		Wert der Frage 6	0-5
question_7	decimal (8,4)		Wert der Frage 7	0-5
question_8	decimal (8,4)		Wert der Frage 8	0-5
question_9	decimal (8,4)		Wert der Frage 9	0-5
question_10	decimal (8,4)		Wert der Frage 10	0-5
question_11	decimal (8,4)		Wert der Frage 11	0-5
question_12	decimal (8,4)		Wert der Frage 12	0-5
question_13	decimal (8,4)		Wert der Frage 13	0-5
question_14	decimal (8,4)		Wert der Frage 14	0-5
question_15	decimal (8,4)		Wert der Frage 15	0-5
question_16	decimal (8,4)		Wert der Frage 16	0-5
question_17	decimal (8,4)		Wert der Frage 17	0-5
question_18	decimal (8,4)		Wert der Frage 18	0-5
question_19	decimal (8,4)		Wert der Frage 19	0-5
question_20	decimal (8,4)		Wert der Frage 20	0-5
question_21	decimal (8,4)		Wert der Frage 21	0-5

p_psr

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifiziert das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (gleich dem Start-Zeitpunkt)	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar(40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
stage	varchar(30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3
score_gl	decimal(8,4)		Wert des Scores Gesundheitsbezogene Lebensqualität	0-9
score_gz	decimal(8,4)		Wert des Scores Gesundheitszustand	0-7
score_ha	decimal(8,4)		Wert des Scores Hilfe bei Bewältigung alltäglicher Probleme	0-9
score_hb	decimal(8,4)		Wert des Scores Hilfebedarfseinschätzung	2-10
score_hl	decimal(8,4)		Wert des Scores Health Literacy	0-9
score_lq	decimal(8,4)		Wert des Scores Lebensqualität	0-7
score_mo	decimal(8,4)		Wert des Scores Mobilität	0-9
score_st	decimal		Wert des Scores Stimmung	0-7

	(8,4)			
score_su	decimal (8,4)		Wert des Scores Soziale Unterstützung	0-9
score_sw	decimal (8,4)		Wert des Scores Selbstwirksamkeit	0-9
score_up	decimal (8,4)		Wert des Scores Unterstützung in pflegerischer Hinsicht	0-9
question_1_1	decimal (8,4)		Wert der Frage 1_1	1-5
question_1_2	decimal (8,4)		Wert der Frage 1_2	1-5
question_2_1	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_1	0-3
question_2_2	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_2	0-3
question_2_3	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_3	0-3
question_2_4	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_4	0-3
question_2_5	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_5	0-3
question_2_6	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_6	0-3
question_2_7	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_7	0-3
question_2_8	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_8	0-3
question_2_9	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_9	0-3
question_2_10	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_10	0-3
question_2_11	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_11	0-3
question_2_12	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_12	0-3
question_2_13	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_13	0-3
question_2_14	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_14	0-3
question_2_15	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_15	0-3
question_2_16	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_16	0-3
question_2_17	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_17	0-3

question_2_18	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_18	0-3
question_2_19	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_19	0-3
question_2_20	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_20	0-3
question_2_21	decimal (8,4)		Wert der Frage 2_21	0-3
question_3_1	decimal (8,4)		Wert der Frage 3_1	1-7
question_3_2	decimal (8,4)		Wert der Frage 3_2	1-7
question_3_3	decimal (8,4)		Wert der Frage 3_3	1-7

p_onco_guide_consultation

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (gleich dem Start-Zeitpunkt)	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar(40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
stage	varchar(30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3

consultation_duration	int(11)		Dauer des Gespraechs	
port_of_call_info	tinyint(1)		Anlaufstelle fuer Informationen mitgeteilt	1 - Ja 0 - Nein
cancer_info	tinyint(1)		Informationen zur Krebserkankung gegeben	1 - Ja 0 - Nein
unsettled_questions	tinyint(1)		Offene Fragen die besprochen wurden flag	1 - Ja 0 - Nein
follow_up_talk	tinyint(1)		Wuenscht Patient weitere Gespräche mit Onkolotsen	1 - Ja 0 - Nein
eval_orientation	int(11)		evaluation Orientierung	0 stimme überhaupt nicht zu - 5 stimme vollkommen zu
eval_confidence	int(11)		evaluation Zuversichtlichkeit	0 stimme überhaupt nicht zu - 5 stimme vollkommen zu
eval_cancer	int(11)		evaluation Umgang mit Krebserkrankung	0 stimme überhaupt nicht zu - 5 stimme vollkommen zu
eval_consultation_time	int(11)		Zeitpunkt des Gespraechs	0- zu früh 1- genau richtig 2- zu spät
is_onco_guide	tinyint(1)		Boolscher Wert, ob das Onkolotsengespräch durch einen Onkolotsen (oder den CaseManager-Onkolotse) durchgeführt wurde	0 = nicht durch Onkolotse 1 = durch Onkolotse
performing_by_oncoguide_reason_cd	Varchar(40)		Code für die Begründung der Ablehnung der Gesprächsführung mit Onkolotsen	Dictionaire: Werteliste OncoguideReason

p_onco_guide_evaluation

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(2)		Identifizier für das Exportierte Objekt	

	0)				
pseudonym	varchar (64)		Pseudonym des Patienten		
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf	
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens		
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens		
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (gleich dem Start-Zeitpunkt)		
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens		
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens		
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens		
status_cd	varchar (40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus	
stage	varchar (30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3	
eval_orientation	int(11)		evaluation orientierung	0-stimme überhaupt nicht zu 5-stimme vollkommen zu	
eval_confidence	int(11)		evaluation zuversicht	0-stimme überhaupt nicht zu 5-stimme vollkommen zu	
eval_cancer	int(11)		evaluation umgang mit krebs	0-stimme überhaupt nicht zu 5-stimme vollkommen zu	
eval_consultation_time	int(11)		evaluation zeitpunkt des gespraechs	0- zu früh 1- genau richtig 2- zu spät	
resend_material	tinyint(1)		Infomaterial nochmal zusenden	1 - Ja	

				0 - Nein	
eval_health_s tatus	int(11)		evaluation gesundheitszustand	1- sehr schlecht 7 - ausgezeichnet	
eval_quality_ of_life	int(11)		evaluation lebensqualitaet	1- sehr schlecht 7 - ausgezeichnet	
eval_mood	int(11)		evaluation stimmung	1- sehr schlecht 7 - ausgezeichnet	

p_pt_consultation

Vorbemerkungen:

1. Chronologische Reihenfolge der Maßnahmen

Die chronologische Reihenfolge der Maßnahmen entspricht nicht unbedingt der Reihenfolge der IDs. Bei den Maßnahmen HADS, KEA, PSR, PSF- Gespräch und PT-Gespräch werden durch das Workflowmanagement in CAPSYS jeweils 3 Maßnahmen des selben Typen generiert. Das heißt, dass die IDs für diese Maßnahmen zwar auch chronologisch nacheinander liegen jedoch durch die Benutzer das Durchführungsdatum der Maßnahme geändert werden kann und somit die Reihenfolge nicht mehr chronologisch ist. Diese vorgenerierten Maßnahmen dienen der Dokumentationen zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3 während der Studie. Zusätzlich können von diese Maßnahmen Typen beliebig viele durch die Mitarbeiter Erstellt und Dokumentiert werden. **Um eine chronologische Abfolge der Maßnahmen zu erhalten müssen die Maßnahmen nach dem Feld occurrence_begin_dttm sortiert werden.**

2. Qualifizierung, inwieweit ein Aspekt besprochen wurde

Bei Angaben zu den Aspekten im PT-Gespräch bestand die Anforderung, dass unterschieden werden können sollte, ob ein Aspekt besprochen wurde oder nicht - und wenn ja, ob die Werte aus dem vorigen Gespräch weiter gelten. Hierzu wurde dann festgelegt:

nicht eruiert (Feldausprägung = 0) bedeutet, dass der Aspekt nicht besprochen wurde und die Angaben aus dem vorigen Gespräch - falls welche vorhanden sind - noch gelten. Sind keine vorher dagewesen, ist der Aspekt NULL und entspricht einem Missing value.

vorhanden (Feldausprägung = 1) bedeutet, dass der Aspekt besprochen wurde und die angegebenen Werte dazu gelten. Das können natürlich die gleichen wie im vorangehenden Gespräch sein, die werden dann durch die Angabe "vorhanden" quasi bestätigt.

nicht vorhanden (Feldausprägung = 2) bedeutet, dass keine Ausprägung mehr vorhanden ist. Alle bisher bestehenden Einträge (wenn vorhanden) werden gelöscht, Inhalt des betreffenden Aspektes ist NULL.

3. Speicherung von Mehrfachausprägungen in einigen Feldern, bei denen Mehrfachangaben möglich sind

Für einige Attribute in der PT-Dokumentation können mehrere Ausprägungen angegeben werden. Um nicht sehr viele 1:N-Tabellen haben zu müssen, wurde beim Design entschieden, diese Mehrfachausprägungen im entsprechenden Attribut durch Delimiter getrennt abzulegen. Als Delimiter wird das Semikolon genutzt, sodass die Werte wie folgt abgelegt sind <Ausprägung1>;<Ausprägung2>; <Ausprägung 3> usw., die Reihenfolge der Angaben ist geordnet nach der Nummerierung dieser in der Liste. Als Ausprägung steht nicht der Begriff, sondern die Nummer im Feld.

Es gibt eine Ausnahme: Beim Feld medtherapy_list gibt es als Wert ein Tupel aus Status und Wert. Status ist geplant=001, aktuell=002 und beendet=003

Daher sind hier die "Unterwerte" mit Komma getrennt und die Tupel durch Semikolon. <Werte>;<Status>; <Werte>;<Status>; Beispiel: Operation, beendet und Bestrahlung aktuell Attribut medtherapy_list hat dann den Wert 001,003;002,002

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifiziert das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2. Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		Start-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	

occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar(40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
stage	varchar(30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3
pt_treatment_prev	tinyint(4)		vorherige Psychologische Betreuung	0- unbekannt 1- ja 2 nein
pt_treatment_cur	tinyint(4)		aktuelle Psychologische Betreuung	0- unbekannt 1- ja 2 nein
disease_coping_res_view ed	tinyint(4)		Krankheitsbewältigung	0-nicht eruiert, 1-vorhanden, 2- nichts vorhanden

disease_coping_res_list	text		Krankheitsbewältigung Listung	Dictionaire: Werteliste PT - Ressourcen Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3- stellig
disease_coping_res_suffi cient	tinyint(4)		aureichend ressourcen zur Krankheitsbewältigung	0-nein / 1-ja
medtherapy_type	tinyint(4)		aktuelle Therapieausrichtung Wert	1 kurrativ 2 palliativ 3 unklar
medtherapy_type_view ed	tinyint(4)		bestehen aktuelle medizinische Therapieausrichtung	0-nicht eruiert, 1- vorhanden, 2- nichts vorhanden
medtherapy_view ed	tinyint(4)		bestehen aktuelle medizinische Therapie	0-nicht eruiert, 1- vorhanden, 2- nichts vorhanden

medtherapy_list	text		aktuelle medizinische Therapie	Dictionaire: PTMedTherapy, PTMedTherapyStat us Werteliste PT - Medizinische Therapie Werteliste PT - Medizinische Therapie Status siehe Anmerkung oben
medtherapy_sideeffect_ viewed	tinyint(4)		bestehen belastende Nebenwirkungen der Behandlung	0-nicht eruiert, 1- vorhanden, 2- nichts vorhanden
medtherapy_sideeffect_ list	text		Listung belastender Nebenwirkungen	Dictionaire: Werteliste PT - Nebenwirkungen (medizinische Therapie) Mehrfachausprägung en möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3- stellig
medtherapy_lasting_con seq_viewed	tinyint(4)		bestehen Bleibende Folgen	0-nicht eruiert, 1- vorhanden, 2- nichts vorhanden
medtherapy_handicaps_ viewed	tinyint(4)		bestehen Einschränkungen/Beeinträchti gungen	0-nicht eruiert, 1- vorhanden, 2- nichts vorhanden
medtherapy_physical_ha ndicaps	tinyint(4)		bestehen physische Beeinträchtigungen	0-keine, 1-leicht, 2- deutlich
medtherapy_mental_ha ndicaps	tinyint(4)		bestehen mentale Beeinträchtigungen	0-keine, 1-leicht, 2- deutlich
medtherapy_remark_vie wed	tinyint(4)		bestehen Probleme mit Therapieverträglichkeit / -bedingungen Gesundheitssystem	0-nicht eruiert, 1- vorhanden, 2- nichts vorhanden
emotional_problems_vie wed	tinyint(4)		bestehen emotionale Probleme	0-nicht eruiert, 1- vorhanden, 2- nichts vorhanden
emotional_problems_list	text		Listung emotionale Probleme	Dictionaire: Werteliste PT - Emotionale Probleme Mehrfachausprägung en möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-

				stellig
anxiety_viewed	tinyint(4)		bestehen Ängste	0-nicht eruiert, 1-vorhanden, 2-nichts vorhanden
anxiety_list	text		Listung der Ängste	Dictionaire: Werteliste PT - Ängste Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
anxiety_avoided_yesno	tinyint(4)		Angstvermeidung	0-nein / 1-ja
depressive_mood_viewed	tinyint(4)		bestehen depressive Verstimmung	0-nicht eruiert, 1-vorhanden, 2-nichts vorhanden
depressive_mood_list	text		Listung depressiver Verstimmung	Dictionaire: Werteliste PT - Depressive Verstimmungen Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
cognitive_problems_viewed	tinyint(4)		bestehen kognitiver Probleme	0-nicht eruiert, 1-vorhanden, 2-nichts vorhanden
cognitive_problems_list	text		Listung kognitiver Probleme	Dictionaire: Werteliste PT - Kognitive Probleme Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
psychsoc_problems_viewed	tinyint(4)		bestehen psychosoziale Probleme	0-nicht eruiert, 1-vorhanden, 2-nichts vorhanden

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

psychsoc_problems_list	varchar (30)		Listung psychosozialer Probleme	Dictionaire: Werteliste PT - Psychosoz. Probleme Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
severity_level	varchar (30)		Schweregrad	Dictionaire: Werteliste PT - Klinischer Schweregrad
suicidality_yesno	tinyint(4)		Suzidalität	0-nein / 1-ja
suicidality_severity_level	varchar (30)		Schweregrad Suizidalität	Dictionaire: Werteliste PT - Suizidaler Schweregrad
psychoncotherapy_goals_list	text		Listung Psychoonkologischer Ziele	Dictionaire: Werteliste PT - Therapieziele Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
psychoncotherapy_consulttopics_list	text		Listung Bearbeitete Themen	Dictionaire: Werteliste PT - Bearbeitete Themen Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
psychoncotherapy_interventions_additional1	varchar (100)		sonstige bearbeitete Themen	Freitext
psychoncotherapy_interventions_additional2	varchar (100)		sonstige bearbeitete Themen	Freitext
psychoncotherapy_interventions_list	varchar (100)		Listung Interventionen	Dictionaire: Werteliste PT - Interventionen Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
pt_appraisal_list	text		Therapeuteneinschätzung	Dictionaire: Werteliste PT - Therapeutische Einschätzung

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

				Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 3-stellig
stress_appraisal_pt	tinyint(4)		Belastung-Therapeuteneinschätzung	0-10
stress_appraisal_pat	tinyint(4)		Belastung-Patienteneinschätzung	-1 - 10
suicitality_thoughts_viewed	varchar(30)		bestehen Gedanken	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_plan_viewed	varchar(30)		bestehen Planung	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_preparation_viewed	varchar(30)		bestehen Vorbereitung	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_determination_viewed	varchar(30)		bestehen Entschlossenheit	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_desperation_viewed	varchar(30)		bestehen Hoffnungslosigkeit	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_soc_isolation_viewed	varchar(30)		bestehen soziale Isolierung	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_burden_viewed	varchar(30)		bestehen Last für andere	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_fearlessness_viewed	varchar(30)		bestehen Furchtlosigkeit	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
suicitality_impulivity_viewed	varchar(30)		bestehen Impulsivität	Dictionaire: Werteliste PT - Suizid auslösend
duration (ab CAPSYS Version 1.4.3)	integer		Dauer des Gesprächs in Minuten	
consultation_attendees (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar(255)		Anwesende beim Gespräch (ohne Erfasser)	Dictionaire: Werteliste Gesprächspartner Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 2 Zeichen
consultation_setting (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar(30)		Wie wurde mit den Anwesenden gesprochen (einzeln, mehre, etc.)	Dictionaire: Werteliste Gesprächssetting

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

consultation_mode (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Wie wurde das Gespräch durchgeführt (angesichtlich, etc.)	Dictionaire: Werteliste Gesprächsdurchführung
consultation_location (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Wo wurde das Gespräch durchgeführt	Dictionaire: Werteliste Gesprächsort
consultation_transit_time (ab CAPSYS Version 1.4.4)	int(11)		Wie lange war die Anreise in Minuten	
current_treatment_type_cd (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Wie wird der Patient aktuell behandelt (stationär, ambulant, etc.)	Dictionaire: Werteliste Behandlungsart

p_pt_consultation_module

Vorbemerkung:

Gehört immer zu einem konkreten PT-Gespräch. Pro Gespräch gibt es nur ein 'module'.
Anmerkungen zur Auswertung sind hier zu finden: [Werteliste Modulvorschläge und Indikatoren](#)

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
pt_consultation_id	bigint(20)		ID des zugehörigen PT-Gesprächs	
kea_id	bigint(20)		ID des zugehörigen KEA	
module_version	integer		Modul-Version	
consultation_dttm	Timestamp		Datum des PT-Gesprächs	
consultation_no	Integer		Reihenfolge in der die Gespräche durchgeführt worden sind Sozusagen Laufende Nummer individuell pro Patient (chronologisch)	
mod_001_value	Integer		Modul 1- Wert	
mod_001_suggest	tinyint(1)		Modul 1- Empfehlung	0-nein / 1-ja

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

ggested	1)			
mod_001_conducted	tinyint(1)		Modul 1- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_002_value	Integer		Modul 2- Wert	
mod_002_suggested	tinyint(1)		Modul 2- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_002_conducted	tinyint(1)		Modul 2- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_003_value	Integer		Modul 3- Wert	
mod_003_suggested	tinyint(1)		Modul 3- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_003_conducted	tinyint(1)		Modul 3- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_004_value	Integer		Modul 4- Wert	
mod_004_suggested	tinyint(1)		Modul 4- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_004_conducted	tinyint(1)		Modul 4- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_005_value	Integer		Modul 5- Wert	
mod_005_suggested	tinyint(1)		Modul 5- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_005_conducted	tinyint(1)		Modul 5- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_006_value	Integer		Modul 6- Wert	
mod_006_suggested	tinyint(1)		Modul 6- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_006_conducted	tinyint(1)		Modul 6- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_007_value	Integer		Modul 7- Wert	
mod_007_suggested	tinyint(1)		Modul 7- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_007_conducted	tinyint(1)		Modul 7- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_008_value	Integer		Modul 8- Wert	
mod_008_suggested	tinyint(1)		Modul 8- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_008_conducted	tinyint(1)		Modul 8- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_009_value	Integer		Modul 9- Wert	

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

lue				
mod_009_suggested	tinyint(1)		Modul 9- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_009_conducted	tinyint(1)		Modul 9- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_010_value	Integer		Modul 10- Wert	
mod_010_suggested	tinyint(1)		Modul 10- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_010_conducted	tinyint(1)		Modul 10- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_011_value	Integer		Modul 11- Wert	
mod_011_suggested	tinyint(1)		Modul 11- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_011_conducted	tinyint(1)		Modul 11- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_012_value	Integer		Modul 12- Wert	
mod_012_suggested	tinyint(1)		Modul 12- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_012_conducted	tinyint(1)		Modul 12- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_013_value	Integer		Modul 13- Wert	
mod_013_suggested	tinyint(1)		Modul 13- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_013_conducted	tinyint(1)		Modul 13- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_014_value	Integer		Modul 14- Wert	
mod_014_suggested	tinyint(1)		Modul 14- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_014_conducted	tinyint(1)		Modul 14- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_015_value	Integer		Modul 15- Wert	
mod_015_suggested	tinyint(1)		Modul 15- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_015_conducted	tinyint(1)		Modul 15- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_016_value	Integer		Modul 16- Wert	
mod_016_suggested	tinyint(1)		Modul 16- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_016_conducted	tinyint(1)		Modul 16- Durchführung	0-nein / 1-ja

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

onducted	1)			
mod_017_value	Integer		Modul 17- Wert	
mod_017_suggested	tinyint(1)		Modul 17- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_017_conducted	tinyint(1)		Modul 17- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_018_value	Integer		Modul 18- Wert	
mod_018_suggested	tinyint(1)		Modul 18- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_018_conducted	tinyint(1)		Modul 18- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_019_value	Integer		Modul 19- Wert	
mod_019_suggested	tinyint(1)		Modul 19- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_019_conducted	tinyint(1)		Modul 19- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_020_value	Integer		Modul 20- Wert	
mod_020_suggested	tinyint(1)		Modul 20- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_020_conducted	tinyint(1)		Modul 20- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_021_value	Integer		Modul 21- Wert	
mod_021_suggested	tinyint(1)		Modul 21- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_021_conducted	tinyint(1)		Modul 21- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_022_value	Integer		Modul 22- Wert	
mod_022_suggested	tinyint(1)		Modul 22- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_022_conducted	tinyint(1)		Modul 22- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_023_value	Integer		Modul 23- Wert	
mod_023_suggested	tinyint(1)		Modul 23- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_023_conducted	tinyint(1)		Modul 23- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_024_value	Integer		Modul 24- Wert	
mod_024_suggested	tinyint(1)		Modul 24- Empfehlung	0-nein / 1-ja

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

ggested	1)			
mod_024_conducted	tinyint(1)		Modul 24- Durchführung	0-nein / 1-ja
mod_025_value	Integer		Modul 25- Wert	
mod_025_suggested	tinyint(1)		Modul 25- Empfehlung	0-nein / 1-ja
mod_025_conducted	tinyint(1)		Modul 25- Durchführung	0-nein / 1-ja
kea_ag_value	Integer		Wert des Scores Ablenkung / Gedankenunterdrückung	0-20
kea_ku_value	Integer		Wert des Scores Kognitive Umbewertung	0-15
kea_oh_value	Integer		Wert des Scores Optimismus / Hoffnung	0-30
kea_ug_value	Integer		Wert des Scores Unkontrollierbare Gedanken	0-20
kea_ve_value	Integer		Wert des Scores Vermeidung	0-20

p_psf_consultation

Siehe Anmerkung bei PT-Gesprächen zu [chronologischer Reihenfolge](#).

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		(Start-)Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (immer null)	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt	

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

	mp		des Phänomens	
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
status_cd	varchar (40)		Status des Phänomens	Dictionaire: Werteliste Maßnahmenstatus
stage	varchar (30)		Studien-Abschnitt (T1/T2/T3)	T1/T2/T3
duration (ab CAPSYS Version 1.4.3)	integer		Dauer des PSF Gesprächs in Minuten	
consultation_attendees (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (255)		Anwesende beim Gespräch (ohne Erfasser)	Dictionaire: Werteliste Gesprächspartner Mehrfachausprägungen möglich: <Wert>; <Wert> jeweils 2 Zeichen
consultation_setting (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Wie wurde mit den Anwesenden gesprochen (einzeln, mehre, etc.)	Dictionaire: Werteliste Gesprächsetting
consultation_mode (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Wie wurde das Gespräch durchgeführt (angesichtlich, etc.)	Dictionaire: Werteliste Gesprächsdurchführung
consultation_location (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Wo wurde das Gespräch durchgeführt	Dictionaire: Werteliste Gesprächsort
consultation_transit_time (ab CAPSYS Version 1.4.4)	int(11)		Wie lange war die Anreise in Minuten	
current_treatment_type_cd (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Wie wird der Patient aktuell behandelt (stationär, ambulant, etc.)	Dictionaire: Werteliste Behandlungsart
psychosocial_aid_type_cd (ab CAPSYS Version 1.4.4)	varchar (30)		Psychosozialer Hilfebedarf bestimmt durch PSF	Dictionaire: Werteliste psychosozialer Hilfebedarf

p_psf_consultation_problem

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
pseudonym	varchar (64)		Pseudonym des Patienten	
consultation_id	bigint(20)		Referenz auf zugehörige psf-Konsultation - Fremdschlüssel	
problem_domain	varchar (30)		Katalog der Probleme	IMMER ispo-psf_problem_class
problem_class_cd	varchar (30)		Wert aus obigem Katalog	Dictionaire: Werteliste Problemkatalog Nur Ebene 1 (Attrib1 ohne Punktnotation z.B. "GZV")
problem_class_sub1_cd	varchar (30)		Hierachische Kategorie oder Value zu problem_class_cd	Dictionaire: Werteliste Problemkatalog Nur Ebene 2 (Attrib1 mit Punktnotation z.B. "GZV.01")
create_dttm	timestamp		Erstellungsdatum der Dokumentation	
status_cd	varchar (30)		Status des Problems	Dictionaire: Werteliste Problem Status
priority_cd	varchar (30)		Prioritaet des Problems	Dictionaire: Werteliste Priorität

p_psf_consultation_note

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
consultation_id	bigint(20)		Referenz auf zugehörige psf-Konsultation - Fremdschlüssel	

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

problem_id	bigint(20)		Referenz auf zugehörige psf-Problem-Komponente - Fremdschlüssel	
problem_note_status_cd	varchar(30)		Status zu Note	Dictionaire: Werteliste Problemaktion Status
create_dttm	timestamp		Erstellungsdatum der Dokumentation	
problem_note_class_domain_cd	varchar(30)		Katalog von Eintragskategorien	IMMER problem_note_class
problem_note_class_value_cd	varchar(30)		Ein Eintrag aus dem Katalog	Dictionaire: Werteliste Problemaktionen
problem_todo_status_cd	varchar(30)		Erledigungsstatus eines Todos	offen /erledigt
problem_engagement	int(11)		Engagementeinstufung des Patienten	0-5
problem_willingness_cd	varchar(30)		Maß der Veränderungsbereitschaft des Patienten	Dictionaire: Werteliste PT - Veränderungsbereitschaft

p_psf_consultation_subnote

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifizier für das Exportierte Objekt	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
problem_note_id	bigint(20)		Referenz auf zugehörige psf-Note-Komponente - Fremdschlüssel	
sub_class_cd	varchar(30)		Hierachische Kategorie oder Value zu problem_note_class_domain_cd basierend auf	Dictionaire: Werteliste Problemaktionen Wert aus 2..N ter Hierarchieebene.

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

			problem_note_class_value_c d (beide aus pat_proble_note)	Falls die Hierarchietiefe benötigt wird, kann diese aus dem Attrib1 im Katalog bestimmt werden Ebene 1 hat keinen Punkt in der Notation. Für jeden weiteren Punkt Steigt die Ebene um +1 an.
sub_eva lu ation	int(11)		Kann einen Evaluationswert enthalten falls die Subnote in irgendeiner Form bewertet werden soll.	0-5
sub_av aila ble	tinyint(1)		Erlaubt die Markierung einer Subnote als vorhanden oder nicht vorhanden.	1 = ja / 0 = nein / NULL= nicht dokumentiert oder für diese Art der Subnote nicht möglich. Generell wird dieses Feld nur von Ressourcen verwendet bei allen anderen Aktionsarten ist es NULL

p_case_conference

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifiziert das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
created_dttm	timestamp		Erzeugungs-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_begin_dttm	timestamp		(Start-)Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_end_dttm	timestamp		End-Zeitpunkt des Phänomens (immer null)	
documentation_dttm	timestamp		Dokumentations-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_min_dttm	timestamp		Frühester-Zeitpunkt des Phänomens	
occurrence_max_dttm	timestamp		Spätester-Zeitpunkt des Phänomens	
needs_therapy	Boolean		Patient benötigt zusätzlich PSF-Betreuung	0-nein / 1-ja

Akronym: IsPO

Förderkennzeichen: 01NVF17022

p_critical_incident

Attribut	Datentyp	Länge	Bedeutung	Wertebereich
id	bigint(20)		Identifiziert das Exportierte Objekt	
pseudonym	varchar(64)		Pseudonym des Patienten	
institution_number	integer		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	1- Köln 2- Mönchengladbach 3- Neuss 4 - Troisdorf
documentation_dttm	timestamp		Dokumentationsdatum des Kritischen Ereignis	
detection_dttm	timestamp		Feststellungsdatum des Kritischen Ereignisses	
reason_cd	varchar(30)		Code des Grunds	AP1-1-9 Werteliste Kritisches Ereignis
documentation_ptl_dttm	timestamp		Dokumentationsdatum der Antwort des PTL	
additional_action	tinyint(1)		Boolscher Wert, ob zusätzliche Maßnahmen eingeleitet werden	0-nein / 1-ja
additional_pt	tinyint(1)		Boolscher Wert, ob zusätzlicher pt hinzugezogen wird	0-nein / 1-ja
additional_psf	tinyint(1)		Boolscher Wert, ob zusätzliche psf hinzugezogen wird	0-nein / 1-ja

Anhang 24: Ergänzungen zu den Ergebnissen der summativen Evaluation

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungsverzeichnis	2
II.	Tabellenverzeichnis	4
1	Primäres Outcome – Wirksamkeit des isPO-Programms	17
1.1	Soziodemografische Beschreibung der Gesamtstichprobe	19
1.2	Beschreibung der HADS-Werte der Gesamtstichprobe.....	28
1.3	Beschreibung der HADS-Werte für die Kontroll- und Interventionsgruppe.....	35
1.4	Entwicklung der HADS-Werte über die drei Erhebungszeitpunkte in Zweipunkt-Bandbreiten.....	37
1.5	Wirksamkeitsanalysen – RDD.....	41
1.6	Sekundäre Analysen zum primären Outcome	52
2	Sekundäres Outcome 1 – Versorgungsqualität.....	126
2.1	Versorgungsstruktur	126
2.2	Versorgungsprozesse & -ergebnisse	132
2.2.1	Versorgungsintegrität.....	133
2.2.2	Programmadhärenz.....	137
2.2.3	Versorgungsleistung.....	138
2.3	Versorgungserfahrungen	171
2.3.1	Schriftliche Patient:innenbefragung	172
2.3.2	Einzelinterviews mit Patient:innen	225
2.3.3	Stellungnahme des Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V.	236
2.3.4	Schriftliche isPO-Mitarbeiter:innenbefragung	239
2.3.5	Schriftliche Kurzbefragung des onkologischen Klinikpersonals	265
2.3.6	Einzelinterviews und Fokusgruppen mit isPO-Versorgenden.....	272
3	Literatur	294

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Flowchart zum vorläufigen Einschluss und zur Rekrutierung im isPO-Programm	18
Abbildung 2. Prozentuale Anteile der Altersgruppen in Jahren je Versorgungsnetzwerk	19
Abbildung 3. Prozentuale Anteile der Geschlechtsangaben je Versorgungsnetzwerk.....	20
Abbildung 4. Prozentuale Anteile der Bildungsabschlüsse nach ISCED je Versorgungsnetzwerk	20
Abbildung 5. Prozentuale Anteile der zuweisenden Organisationsform pro Versorgungsnetzwerk.....	21
Abbildung 6. Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen im isPO-Programm	22
Abbildung 7. Prozentuale Verteilung der Altersgruppen (in Jahren) nach Versorgungsstufen	23
Abbildung 8. Prozentuale Verteilung der Geschlechter nach Versorgungsstufen	23
Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der höchsten Bildungsabschlüsse nach Versorgungsstufen	24
Abbildung 10. <i>Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen pro Organisationform</i>	24
Abbildung 11. Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen je Versorgungsnetzwerk	25
Abbildung 12. Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen je Tumorentität	26
Abbildung 14. Prozentuale Verteilung der HADS-Werte der Subskala Angst nach Erhebungszeitpunkten	30
Abbildung 16. Mittelwerte des HADS-Gesamt über die drei Befragungszeitpunkte mit Gruppenunterscheidung (anhand des Schwellenwerts zur Einteilung in Versorgungsstufe 3)	32
Abbildung 17. HADS-Gesamtverteilungen über die Erhebungszeitpunkte und Versorgungsstufen hinweg.....	34
Abbildung 18. Mittelwerte HADS-Gesamt für die Kontroll- und Interventionsgruppe über die drei Befragungszeitpunkte hinweg sowie innerhalb der Bandbreite (13-16).....	36
Abbildung 21. Streudiagramm des HADS T2 nach HADS T1	42
Abbildung 22. Boxplot-Diagramm für HADS T1 und T2 der wirksamkeitsrelevanten Bandbreite.....	43
Abbildung 23. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu T2.....	43
Abbildung 24. Streudiagramm des HADS T1 zu HADS T3	44
Abbildung 25. Boxplot-Diagramm für HADS T1 und T3 der wirksamkeitsrelevanten Bandbreite.....	45
Abbildung 26. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu T3.....	45
Abbildung 27. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zur HADS-Subskala Angst T2	46
Abbildung 28. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zur HADS-Subskala Angst T3	47
Abbildung 30. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zur HADS-Subskala Depression T3	49
Abbildung 31. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu HADS T3 für die Kohorte Januar bis November 2019	50

Abbildung 32. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu HADS T3 für die Kohorte Dezember 2019 bis Februar 2020.....	51
Abbildung 33. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu HADS T3 für die Kohorte ab März 2020 (Per Protocol).....	52
Abbildung 34. Ergebnisdarstellung zur isPO-Versorgungsqualität mit ihren Elementen	126
Abbildung 35. Ergebnisse der Prüfung von CAPSYS ²⁰²⁰	131
Abbildung 36. Darstellung der Aussagen zu isPO-Versorgungsprozessen und -ergebnissen	133
Abbildung 37. Prozentuale Anteile der isPO-Teilnehmenden je Versorgungsnetzwerk, für die ein Informationsgespräch auf Stufe 1 dokumentiert wurde	143
Abbildung 38. Prozentuale Anteile je Versorgungsnetzwerk an durch isPO-Onkolots:innen durchgeführten Informationsgesprächen auf Stufe 1	143
Abbildung 39. Prozentuale Anteile je Versorgungsnetzwerk der Gründe, warum das Informationsgespräch auf Stufe 1 nicht durch eine:n isPO-Onkolots:in durchgeführt wurde	144
Abbildung 40. Prozentuale Anteile der verschiedenen Gesprächsmodi (Psychosoziale Fachkraft – PSF) an allen geführten PSF-Gesprächen je Monat	169
Abbildung 41. Prozentuale Anteile der verschiedenen Gesprächsmodi (Psychotherapeut:in – PT) an allen geführten PT-Gesprächen je Monat.....	169
Abbildung 42. Multiperspektivische Exploration der Versorgungserfahrung mit der nVF isPO als viertes Element zur Bewertung der Versorgungsqualität	172

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Prozentuale Verteilung der primären Tumordiagnose (gesamt und je Versorgungsnetzwerk)	21
Tabelle 2. Ergebnisse der χ^2 -Tests zu den Verteilungen der Stichprobencharakteristika über die Versorgungsnetzwerke hinweg	22
Tabelle 3. Ergebnisse der χ^2 -Tests zu den Verteilungen der Stichprobencharakteristika über die Versorgungsstufen	27
Tabelle 4. Prozentuale Anteile der Gründe für ein Critical Incident	27
Tabelle 5. Prozentuale Anteile der Gründe der Beendigung des Versorgungsvertrags	28
Tabelle 6. Deskriptive Ergebnisse für die HADS-Werte (Gesamt und Subskalen)	29
Tabelle 7. Mittelwerte des HADS-Gesamt sowie der Subskalen Angst und Depression über die drei Erhebungszeitpunkte je Versorgungstufe.....	31
Tabelle 8. Mittelwerte des HADS-Gesamt sowie der Subskalen Angst und Depression über die drei Erhebungszeitpunkte je Versorgungsnetzwerk	33
Tabelle 9. Interventions- und Kontrollgruppe nach Versorgungsnetzwerken.....	35
Tabelle 10. HADS-Mittelwerte der Kontroll- und Interventionsgruppe über die drei Erhebungszeitpunkte	36
Tabelle 11. Detaillierte Entwicklung der HADS-Werte über die Erhebungszeitpunkte.....	37
Tabelle 12. Ergebnisse der t-Tests zu den Veränderungen der HADS-Werte über die Erhebungszeitpunkte nach HADS-T1-Gruppen	40
Tabelle 13. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 1 (Soziodemografie).....	53
Tabelle 14. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 1 (Soziodemografie).....	53
Tabelle 15. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 2 (Erkrankungen)	54
Tabelle 16. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 2 (Erkrankungen)	54
Tabelle 17. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 3 (Gesundheitszustand – Baseline)	55
Tabelle 18. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 3 (Gesundheitszustand – Baseline)	56
Tabelle 19. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 3 (Gesundheitszustand – Baseline & Follow-up).....	56
Tabelle 20. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 5 (Individuelle Risikofaktoren).....	58
Tabelle 21. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 5 (Individuelle Risikofaktoren).....	59
Tabelle 22. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 6 (Organisationsbezogene Faktoren)	59
Tabelle 23. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen Versorgungsnetzwerk – Fragestellung 6 (Organisationsbezogene Faktoren)	60
Tabelle 24. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 6 (Organisationsbezogene Faktoren)	60

Tabelle 25. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 7 (Belastung / Unterstützungsbedarf)	61
Tabelle 26. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 8 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Gespräch)	62
Tabelle 27. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 8 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Gespräch)	63
Tabelle 28. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 9 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Evaluation)	63
Tabelle 29. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 9 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Evaluation)	64
Tabelle 30. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 1))	65
Tabelle 31. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2))	66
Tabelle 32. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen Anzahl der PSF-Gespräche pro Patient:in (kategorial) – Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2))	66
Tabelle 33. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2))	67
Tabelle 34. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 11 (isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 1))	67
Tabelle 35. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 11 (isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 2))	68
Tabelle 36. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 11 (isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 2))	69
Tabelle 37. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 12 (Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote)	69
Tabelle 38. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 12 (Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote)	70
Tabelle 39. Deskriptive Ergebnisse – Fragestellung 13	70
Tabelle 40. Modellzusammenfassung Fragestellung 13 – HADS T2	71
Tabelle 41. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 13 – HADS T2	71
Tabelle 42. Modellzusammenfassung Fragestellung 13 – HADS T3	72
Tabelle 43. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 13 – HADS T3..	72
Tabelle 44. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 14	73
Tabelle 45. Modellzusammenfassung Fragestellung 14 – HADS T2	73
Tabelle 46. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 14 – HADS T2	74
Tabelle 47. Modellzusammenfassung Fragestellung 14 – HADS T3	74
Tabelle 48. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 14 – HADS T3..	75
Tabelle 49. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 15	75
Tabelle 50. Modellzusammenfassung Fragestellung 15 – HADS T2	76
Tabelle 51. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 15 – HADS T2	76

Tabelle 52. Modellzusammenfassung Fragestellung 15 – HADS T3	77
Tabelle 53. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 15 – HADS T3..	77
Tabelle 54. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 16	78
Tabelle 55. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 17	79
Tabelle 56. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 18	80
Tabelle 57. Modellzusammenfassung Fragestellung 18 – HADS T3	80
Tabelle 58. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 18 – HADS T3	81
Tabelle 59. Modellzusammenfassung Fragestellung 18 – HADS T3 – Angst	81
Tabelle 60. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 18 – HADS T3 – Angst.....	81
Tabelle 61. Modellzusammenfassung Fragestellung 18 – HADS T3 – Depression	82
Tabelle 62. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 18 – HADS T3 – Depression.....	82
Tabelle 63. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 19	83
Tabelle 64. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T2	83
Tabelle 65. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T2	84
Tabelle 66. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T2-Angst.....	84
Tabelle 67. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T2 – Angst.....	84
Tabelle 68. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T2 – Depression	85
Tabelle 69. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T2 – Depression.....	85
Tabelle 70. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T3	86
Tabelle 71. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T3	86
Tabelle 72. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T3 – Angst	86
Tabelle 73. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T3 – Angst.....	87
Tabelle 74. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T3 – Depression	87
Tabelle 75. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T3 – Depression.....	87
Tabelle 76. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 20	88
Tabelle 77. Modellzusammenfassung Univariante Regressionsanalysen Fragestellung 20 – HADS T2.....	89
Tabelle 78. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 20 – HADS T2	89
Tabelle 79. Modellzusammenfassung univariate Regressionsanalysen Fragestellung 20 – HADS T3 (2).....	90
Tabelle 80. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 20 – HADS T3 (2)	90
Tabelle 81. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 21	91
Tabelle 82. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 22	92
Tabelle 83. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 23	92
Tabelle 84. Modellzusammenfassung Fragestellung 23 – HADS T3	93
Tabelle 85. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 23 – HADS T3	93
Tabelle 86. Modellzusammenfassung Fragestellung 23 – HADS T3 – Angst	94
Tabelle 87. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 23 – HADS T3- Angst.....	95
Tabelle 88. Modellzusammenfassung Fragestellung 23 – HADS T3 – Depression	95

Tabelle 89. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 23 – HADS T3 – Depression.....	96
Tabelle 90. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 24.....	97
Tabelle 91. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3	99
Tabelle 92. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3	99
Tabelle 93. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst	101
Tabelle 94. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst.....	101
Tabelle 95. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression	103
Tabelle 96. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression.....	103
Tabelle 97. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 (2).....	105
Tabelle 98. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 (2)	107
Tabelle 99. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst (2).....	109
Tabelle 100. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst (2)	109
Tabelle 101. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression (2).....	111
Tabelle 102. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression (2)	112
Tabelle 103. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 25.....	114
Tabelle 104. Modellzusammenfassungen Fragestellung 25 – HADS T3	115
Tabelle 105. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 25 – HADS T3	115
Tabelle 106. Modellzusammenfassungen Fragestellung 25 – HADS T3 – Angst	115
Tabelle 107. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 25 – HADS T3 – Angst.....	116
Tabelle 108. Modellzusammenfassung Fragestellung 25 – HADS T3 – Depression	117
Tabelle 109. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 25 – HADS T3- Depression.....	117
Tabelle 110. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 26.....	118
Tabelle 111. Modellzusammenfassung Fragestellung 26 – HADS T3	119
Tabelle 112. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 26 – HADS T3	119
Tabelle 113. Modellzusammenfassung Fragestellung 26 – HADS T3 – Angst	120
Tabelle 114. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 26 – HADS T3 – Angst.....	120
Tabelle 115. Modellzusammenfassung Fragestellung 26 – HADS T3 – Depression	121
Tabelle 116. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 26 – HADS T3 – Depression.....	121
Tabelle 117. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 27.....	123
Tabelle 118. Die acht isPO-Produkte, deren Produktentwickler und Zweck.....	127
Tabelle 119. Übersicht zum Produktausreifungsgrad in der formativen Evaluation (Stand Februar 2021).....	128
Tabelle 120. Inhaltlicher, zeitlicher, örtlicher und settingbezogener Überblick der szenariengeleiteten Reifeprüfung von CAPSYS ²⁰²⁰	131
Tabelle 121. Abschließende Statements zu CAPSYS ²⁰²⁰ von isPO-Versorgenden.....	132

Tabelle 122. Dauer (in Tagen) bis zur Inanspruchnahme des Informationsgesprächs auf Stufe 1.....	138
Tabelle 123. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den VN zur Dauer bis zum Informationsgespräch auf Stufe 1	138
Tabelle 124. Dauer (in Tagen) bis zur Inanspruchnahme des ersten Gesprächs mit einer Psychosozialen Fachkraft (Stufen 2 & 3b).....	140
Tabelle 125. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den VN zur Dauer bis zum ersten Gespräch mit einer Psychosozialen Fachkraft auf den Stufen 2 und 3b.....	140
Tabelle 126. Dauer (in Tagen) bis zur Inanspruchnahme des ersten Gesprächs mit einem:r Psychotherapeut:in (Stufen 3a & 3b).....	141
Tabelle 127. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zur Dauer bis zum ersten Gespräch mit einem:r Psychotherapeut:in auf den Stufen 3a und 3b	142
Tabelle 128. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zu Modell 1 (prädisponierende Faktoren)	145
Tabelle 129. Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Versorgungsnetzwerken für die Stufen 2 und 3b	146
Tabelle 130. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zur Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft auf den Stufen 2 und 3b	147
Tabelle 131. Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Versorgungsnetzwerken für die Stufen 3a und 3b	147
Tabelle 132. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zur Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in auf den Stufen 3a und 3b	148
Tabelle 133. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 1a (Alter, Geschlecht)	149
Tabelle 134. Anzahl der Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Bildungsstand (Modell 2b).....	149
Tabelle 135. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 2 (Soziale Unterstützung, Zufriedenheit mit den Gesprächen mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Kohärenzsinn, Partnerschaft).....	150
Tabelle 136. Anzahl der Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Partnerschaftsstatus (Modell 2b).....	150
Tabelle 137. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3a (HADS T1, Stufenzuweisung 2 und 3b).....	151
Tabelle 138. Modellzusammenfassung zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b))	151
Tabelle 139. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b))	152
Tabelle 140. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3b (Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg, Komplikationen bei der Behandlung)	152
Tabelle 141. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität).....	153
Tabelle 142. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)	154
Tabelle 143. Modellzusammenfassung zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf) 154	

Tabelle 144. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)	155
Tabelle 145. Anzahl der Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Versorgung unter Corona (Modell 3e).....	155
Tabelle 146. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3f (psychische Vordiagnosen)	156
Tabelle 147. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3g (Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen vor isPO)	156
Tabelle 148. Deskriptive Ergebnisse des Prädiktors zu Modell 3h (Arzneimittelrezept vor isPO)	157
Tabelle 149. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 1a (Alter, Geschlecht)	157
Tabelle 150. Modellzusammenfassung zu Modell 1a (Prädiktoren Alter und Geschlecht)...	157
Tabelle 151. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 1a (Prädiktoren Alter und Geschlecht).....	158
Tabelle 152. Anzahl der Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Bildungsstand (Modell 1b).....	158
Tabelle 153. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 2a (Soziale Unterstützung, Therapeutische Allianz, Kohärenzsinn, Partnerschaft)	159
Tabelle 154. Modellzusammenfassung zu Modell 2a (Prädiktoren Soziale Unterstützung, Therapeutische Allianz und Kohärenzsinn)	159
Tabelle 155. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 2a (Prädiktoren Soziale Unterstützung, Therapeutische Allianz, Kohärenzsinn).....	160
Tabelle 156. Anzahl der Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Partnerschaftsstatus (Modell 2b).....	160
Tabelle 157. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3a (HADS T1, Stufenzuweisung 3a und 3b).....	161
Tabelle 158. Modellzusammenfassung zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 3a vs. 3b)).....	161
Tabelle 159. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b))	161
Tabelle 160. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3b (Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg, Komplikationen bei der Behandlung).....	162
Tabelle 161. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität).....	162
Tabelle 162. Modellzusammenfassung zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)	164
Tabelle 163. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität).....	164
Tabelle 164. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)	165
Tabelle 165. Modellzusammenfassung zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)	166
Tabelle 166. Anzahl der Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Versorgung unter Corona (Modell 3e)	166
Tabelle 167. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3f (psychische Vordiagnosen)	167
Tabelle 168. Deskriptive Ergebnisse des Prädiktors zu Modell 3g / 3h (psychotherapeutische Leistungen und Arzneimittelrezept vor isPO)	167

Tabelle 169. Deskriptive Statistik zum Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Versorgungsnetzwerken	170
Tabelle 170. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zu Anteilen angesichtlicher Gespräche durch ein:e Psychosoziale Fachkraft.....	170
Tabelle 171. Deskriptive Statistik zum Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Versorgungsnetzwerken	171
Tabelle 172. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zu Anteilen angesichtlicher Gespräche durch ein:e Psychotherapeut:in	171
Tabelle 173. Rücklaufquoten der Patient:innenbefragung I.....	173
Tabelle 174. Rücklaufquoten der Patient:innenbefragung II.....	173
Tabelle 175. Deskriptive Statistiken zum Alter	173
Tabelle 176. Häufigkeiten der Angaben zum Geschlecht	174
Tabelle 177. Häufigkeiten der Angaben zur Erwerbssituation	174
Tabelle 178. Häufigkeiten der Angaben zum Familienstand; Mehrfachantworten möglich.	175
Tabelle 179. Häufigkeiten der Angabe zur Wohnsituation	175
Tabelle 180. Deskriptive Statistik zum psychosozialen Informationsbedarf	176
Tabelle 181. Deskriptive Statistik zum psychosozialen Informationsbedarf T1 nach Versorgungsstufen	176
Tabelle 182. Ergebnisse des Tukey-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Subskala Soziale Fragen des psychosozialen Informationsbedarfs T1	177
Tabelle 183. Ergebnisse des Tukey-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Subskala Gesundheitsförderung des psychosozialen Informationsbedarfs T1.....	178
Tabelle 184. Ergebnisse des Tukey-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf T1.....	178
Tabelle 185. Deskriptive Statistik zum psychosozialen Informationsbedarf T1 nach Versorgungsnetzwerken	179
Tabelle 186. Prozentuale Anteile der positiven Antworten zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote zu beiden Erhebungszeitpunkten je Versorgungsstufe	180
Tabelle 187. Ergebnisse der χ^2 -Tests zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote nach Versorgungsstufe zu beiden Erhebungszeitpunkten.....	181
Tabelle 188. Prozentuale Anteile der positiven Antworten zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote zu beiden Erhebungszeitpunkten je Versorgungsnetzwerk	182
Tabelle 189. Ergebnisse der χ^2 -Tests zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote nach Versorgungsnetzwerk zu beiden Erhebungszeitpunkten.....	183
Tabelle 190. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Bewertung des isPO-Programms	184
Tabelle 191. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Bewertung des isPO-Programms und den Prädiktoren zu Modell 1 (Soziodemografie)	184
Tabelle 192. Modellzusammenfassung zu Modell 1 (Prädiktoren Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Erwerbstätigkeit)	185
Tabelle 193. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 1 (Soziodemografie) – Zeitliche Rahmenbedingungen.....	185
Tabelle 194. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 2 (Gesundheitszustand) ...	186

Tabelle 195. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 2 (Prädiktoren Tumorentität, Psychische Diagnosen, Versorgungsstufe, Kohärenzsinn)	187
Tabelle 196. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 2 (Prädiktoren Tumorentität, Psychische Diagnosen, Versorgungsstufe, Kohärenzsinn) – Zeitliche Rahmenbedingungen	187
Tabelle 197. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 3 (Soziale Ressourcen)	188
Tabelle 198. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 3 (Prädiktoren Partnerschaft, Haushalt, Soziale Unterstützung).....	189
Tabelle 199. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 3 (Prädiktoren Partnerschaft, Haushalt, Soziale Unterstützung) – Zeitliche Rahmenbedingungen.....	189
Tabelle 200. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4a (Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1)	189
Tabelle 201. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1)	190
Tabelle 202. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1) – Zeitliche Rahmenbedingungen.....	190
Tabelle 203. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4b (Bewertung des isPO-OLGesprächs; Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1.....	190
Tabelle 204. Modellzusammenfassung zu den multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4b (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1)	191
Tabelle 205. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1) – Zeitliche Rahmenbedingungen.....	191
Tabelle 206. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4c (Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen)	192
Tabelle 207. Modellzusammenfassung zu den multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4c (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen).....	192
Tabelle 208. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4c (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen) – Zeitliche Rahmenbedingung	193
Tabelle 209. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4d (Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen)	193
Tabelle 210. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4d (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen).....	194
Tabelle 211. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4d (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen) – Zeitliche Rahmenbedingungen	194

Tabelle 212. Deskriptive Statistik zur Bewertung des isPO-Programms T2 nach Versorgungszusammenfassungen	194
Tabelle 213. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität	195
Tabelle 214. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Geschlechtern	196
Tabelle 215. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 1 (Soziodemografie)	196
Tabelle 216. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 1b (Soziodemografie)	196
Tabelle 217. Modellzusammenfassung zu Modell 1 (Prädiktoren Alter in Jahren und Bildungsstand nach ISCED)	197
Tabelle 218. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 1 (Soziodemografie) – Erhebungszeitpunkt T2	197
Tabelle 219. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Versorgungsstufen	198
Tabelle 220. Ergebnisse des Tukey-HSD-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Lebensqualität zu beiden Erhebungszeitpunkten	199
Tabelle 221. Deskriptive Statistik zum Prädiktor (T1) zu Modell 2b (Gesundheitszustand)	199
Tabelle 222. Modellzusammenfassung zu Modell 2b (Prädiktor Kohärenzsinn (T1))	200
Tabelle 223. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren (T1 & T2) zu Modell 2b (Gesundheitszustand)	200
Tabelle 224. Modellzusammenfassung zu Modell 2b (Prädiktoren Kohärenzsinn (T1) und Kohärenzsinn (T2))	200
Tabelle 225. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Partnerschaftsstatus	201
Tabelle 226. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 3a (Soziale Ressourcen)	201
Tabelle 227. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Lebensqualität und den Prädiktoren zu Modell 3b (Soziale Ressourcen)	201
Tabelle 228. Modellzusammenfassung zu Modell 3b (Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3) und Soziale Unterstützung (BS6))	202
Tabelle 229. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3b (Soziale Ressourcen) – Erhebungszeitpunkt T1	202
Tabelle 230. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3b (Soziale Ressourcen) – Erhebungszeitpunkt T2	202
Tabelle 231. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4a (Psychoonkologische Versorgung)	203
Tabelle 232. Modellzusammenfassung der univariaten Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Subjektive Wirksamkeit und Zufriedenheit & Bedarfsorientierung, Zeitliche Rahmenbedingungen)	204
Tabelle 233. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 4b (Bewertung des:der isPO-CM)	204
Tabelle 234. Modellzusammenfassung zu Modell 4b (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in)	205
Tabelle 235. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 4c (Bewertung des:der isPO-OL)	205
Tabelle 236. Modellzusammenfassung zu Modell 4c (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala)	206
Tabelle 237. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4d (Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)	206

Tabelle 238. Modellzusammenfassung zu Modell 4d (Prädiktoren Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)	207
Tabelle 239. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4e (Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an Gesprächen mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT).....	207
Tabelle 240. Modellzusammenfassung zu Modell 4e (Prädiktoren Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an Gesprächen mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT).....	208
Tabelle 241. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 5 (Medizinische Versorgung)	208
Tabelle 242. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 5b (Medizinische Versorgung) .	209
Tabelle 243. Modellzusammenfassung zu Modell 5b (Prädiktor Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung)	209
Tabelle 244. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Versorgungsnetzwerken	210
Tabelle 245. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit	210
Tabelle 246. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Geschlechtern	211
Tabelle 247. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Arbeitsfähigkeit und den Prädiktoren zu Modell 1 (Soziodemografie)	211
Tabelle 248. Modellzusammenfassung zu Modell 1b (Prädiktoren Alter in Jahren und Bildungsstand nach ISCED)	212
Tabelle 249. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Art der Arbeit	212
Tabelle 250. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 2 (Arbeitsbezogene Faktoren)	213
Tabelle 251. Ergebnisse des Tukey-HSD-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Arbeitsarten zur Arbeitsfähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten.....	213
Tabelle 252. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Versorgungsstufen	214
Tabelle 253. Ergebnisse des Tukey-HSD-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Arbeitsfähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten.....	214
Tabelle 254. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zur Arbeitsfähigkeit nach Erhebungszeitpunkten – Modell 3b (Gesundheitszustand).....	215
Tabelle 255. Modellzusammenfassung zu Modell 3b (Prädiktoren Kohärenzsinn (T1), HADS (T1 – bei Einschreibung), HADS (T2 – nach 4 Monaten) sowie Kohärenzsinn (T2) und HADS (T3 – nach 12 Monaten) zusätzlich bei T2)	216
Tabelle 256. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Partnerschaftsstatus	216
Tabelle 257. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 4a (Soziale Ressourcen)	216
Tabelle 258. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4b (Soziale Unterstützung)	217
Tabelle 259. Modellzusammenfassung zu Modell 4b (Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3) und Soziale Unterstützung (BS6)).....	217
Tabelle 260. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 5a (Psychoonkologische Versorgung)	218
Tabelle 261. Modellzusammenfassung zu Modell 5a (Prädiktoren Subjektive Wirksamkeit und Zufriedenheit & Bedarfsorientierung, Zeitliche Rahmenbedingungen)	219
Tabelle 262. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 5b (Bewertung des:der isPO-CM)	219

Tabelle 263. Modellzusammenfassung zu Modell 5b (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in)	220
Tabelle 264. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 5c (Bewertung des:der isPO-OL)	220
Tabelle 265. Modellzusammenfassung zu Modell 5c (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala).....	221
Tabelle 266. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 5d (Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)	221
Tabelle 267. Modellzusammenfassung zu Modell 5d (Prädiktoren Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)	222
Tabelle 268. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Arbeitsfähigkeit und den Prädiktoren zu Modell 5e (Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT)	222
Tabelle 269. Modellzusammenfassung zu Modell 5e (Prädiktoren Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT). 223	
Tabelle 270. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 6 (Medizinische Versorgung).....	223
Tabelle 271. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 6b (Medizinische Versorgung) .	224
Tabelle 272. Modellzusammenfassung zu Modell 6 (Prädiktor Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung)	224
Tabelle 273. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Versorgungsnetzwerken	225
Tabelle 274. Teilnehmer:innen in den Einzelinterviews zur Erfassung der Versorgungserfahrung.....	226
Tabelle 275. Förderfaktoren der Versorgungsqualität isPO-Versorgung aus Patient:innenperspektive	228
Tabelle 276. Hemmfaktoren der Versorgungsqualität isPO-Versorgung aus Patien:innenperspektive	232
Tabelle 277. Umsetzungsebenen mit Handlungsempfehlungen für die Übertragung in die Regelversorgung zur Sicherung der Versorgungsqualität.....	235
Tabelle 278. Rücklaufquoten der Mitarbeiter:innenbefragung I.....	240
Tabelle 279. Rücklaufquoten der Mitarbeiter:innenbefragung II.....	240
Tabelle 280. Rolle im Projekt – Häufigkeiten in % (N)	240
Tabelle 281. Umfang der Versorgungstätigkeit in isPO – Häufigkeiten in % (N)	241
Tabelle 282. Arbeitstätigkeit in der Einrichtung in Jahren – Häufigkeiten in % (N).....	241
Tabelle 283. Schulische Bildung – Häufigkeiten in % (N)	241
Tabelle 284. Geschlecht – Häufigkeiten in % (N)	242
Tabelle 285. Deskriptive Statistik zur Skala Akzeptanz von isPO (T1 und T2).....	242
Tabelle 286. Deskriptive Statistik zur Skala Angemessenheit von isPO (T1 und T2)	243
Tabelle 287. Deskriptive Statistik zur Skala Durchführbarkeit von isPO (T1 und T2)	243
Tabelle 288. Deskriptive Statistik zur Skala Programmkonzept von isPO (T1 und T2)	244
Tabelle 289. Deskriptive Statistik zur Skala CAPSYS-System Usability von isPO (T1 und T2)	244
Tabelle 290. Deskriptive Statistik zur Skala CAPSYS2020-Dokumentation und Abrechnung (T1 und T2)	245
Tabelle 291. Deskriptive Statistik zur Skala CAPSYS2020-Aufwand von isPO (T1 und T2)	245
Tabelle 292. Deskriptive Statistik Programmbewertung (T2)	246

Tabelle 293. Deskriptive Statistik zum Ressourcenumfang für die Arbeit in isPO (T2)	247
Tabelle 294. Deskriptive Statistik zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis von isPO (T2).....	248
Tabelle 295. Korrelationsanalysen zwischen den Programmkomponenten und der isPO-Konzeptbewertung (T2).....	248
Tabelle 296. Deskriptive Statistik zur individuellen Wahrnehmung der Arbeit in isPO (T2) .	249
Tabelle 297. Korrelationsanalysen zwischen den individuellen Wahrnehmungen der Arbeit in isPO und der isPO-Konzeptbewertung (T2)	250
Tabelle 298. Deskriptive Statistik zu personenbezogenen Faktoren in isPO (T2).....	250
Tabelle 299. Deskriptive Statistik zum Sozialkapital in isPO (T2).....	251
Tabelle 300. Korrelationsanalysen zwischen Variablen zum Sozialkapital und der isPO-Konzeptbewertung (T2).....	251
Tabelle 301. Deskriptive Statistik zu organisationsbezogenen Faktoren in isPO (T2)	252
Tabelle 302. Deskriptive Statistik zu den Arbeitsbedingungen in isPO (T2)	252
Tabelle 303. Korrelationsanalysen zwischen den Variablen zu den Arbeitsbedingungen in isPO und der isPO-Konzeptbewertung (T2)	253
Tabelle 304. Korrelationsanalysen zu den individuellen Wahrnehmungen der Arbeit in isPO und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade (T2)	254
Tabelle 305. Korrelationsanalysen zwischen personenbezogenen Faktoren und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade in isPO (T2)	254
Tabelle 306. Korrelationsanalysen zwischen den Variablen zu den Arbeitsbedingungen in isPO und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade (T2)	255
Tabelle 307. Zeitpunkt des Erstkontakts mit den Patient:innen – Häufigkeiten in % (N)	256
Tabelle 308. Spezifische Bewertungen der Psychosozialen Fachkräfte und Psychotherapeut:innen – Häufigkeiten in % (N).....	256
Tabelle 309. Deskriptive Statistik zur spezifischen Bewertung der Psychosozialen Fachkräfte und Psychotherapeut:innen (T2)	257
Tabelle 310. Kontakthäufigkeit mit den Patient:innen – Häufigkeiten in % (N).....	257
Tabelle 311. Bewertung der Qualitätszirkel – Häufigkeiten in % (N).....	258
Tabelle 312. Deskriptive Statistik zum Qualitätszirkel in isPO (T2).....	258
Tabelle 313. Bewertung der Veränderungen durch das isPO-Programm – Häufigkeiten in % (N).....	259
Tabelle 314. Deskriptive Statistik zur Bewertung der Veränderungen im isPO-Programm (T2)	259
Tabelle 315. Deskriptive Statistik zur Zuversicht und Bereitschaft in isPO (T2)	260
Tabelle 316. Häufigkeiten der Angaben zur Erwerbssituation der isPO-Onkolots:innen.....	260
Tabelle 317. Deskriptive Statistik zu den Skalen Zusammenarbeit und arbeitsbezogener Kohärenzsinn.....	262
Tabelle 318. Ergebnisse der Spearman-Korrelationsanalyse des Items zur Bewertung des isPO-Onkolots:innen-Konzepts mit personenbezogenen Variablen.....	262
Tabelle 319. Korrigierte Item-Skala-Korrelationen der Skala Bewertung des isPO-Onkolots:innen-Konzepts.....	263
Tabelle 320. Ergebnisse der Spearman-Korrelationsanalyse des Items zur Zufriedenheit mit der Tätigkeit als isPO-Onkolots:in mit tätigkeitsbezogenen Variablen.....	264
Tabelle 321. Korrigierte Item-Skala-Korrelationen der Skala Bewertung der Tätigkeit als isPO-Onkolots:in	265
Tabelle 322. Rücklaufquoten der Befragung des medizinischen Personals	266
Tabelle 323. Berufsgruppe der Teilnehmenden – Häufigkeiten in % (N)	266

Tabelle 324. Wissen um das isPO-Programm – Häufigkeiten in % (N)	267
Tabelle 325. Wissen um das isPO-Programm – Häufigkeiten in % (N)	267
Tabelle 326. Informationsbedürfnisse des onkologischen Personals – Häufigkeiten in % (N)	267
Tabelle 327. Deskriptive Statistik zu den Informationsbedürfnissen des onkologischen Personals	267
Tabelle 328. Einschränkungen durch isPO – onkologisches Klinikpersonal – Häufigkeiten in % (N).....	268
Tabelle 329. Bewertung des Patient:innennutzens durch das onkologische Klinikpersonal – Häufigkeiten in % (N).....	268
Tabelle 330. Bewertung der Programmumsetzbarkeit durch das onkologische Klinikpersonal – Häufigkeiten in % (N).....	269
Tabelle 331. Bewertung des isPO-Programmkonzepts – Häufigkeiten in % (N).....	269
Tabelle 332. Freifeldantworten zu Anmerkungen oder Verbesserungsvorschlägen zum isPO- Programm.....	269
Tabelle 333. Deskriptive Statistik zur Bewertung des isPO-Programmkonzepts – Vergleich zwischen den Versorgungengruppen	270
Tabelle 334. Deskriptive Statistik zur Bewertung des Informationsbedürfnisses zu Projektzielen von isPO im Vergleich zwischen den Versorgungengruppen	271
Tabelle 335. Deskriptive Statistik zur Bewertung des Informationsbedürfnisses zu Versorgungsabläufen im isPO-Programm im Vergleich zwischen den Versorgungengruppen	271
Tabelle 336. Deskriptive Statistik zur Bewertung des Informationsbedürfnisses zu Arbeitsaufgaben im isPO-Programm im Vergleich zwischen den Versorgungengruppen	272
Tabelle 337. Förder- und Hemmfaktoren der isPO-Versorgung und Implikationen für die Regelversorgung aus der Perspektive der leitenden Psychoonkolog:innen.....	273
Tabelle 338. Förder- und Hemmfaktoren der isPO-Versorgung und Implikationen für die Regelversorgung aus der Perspektive der isPO-Versorgenden	278
Tabelle 339. Förder- und Hemmfaktoren der isPO-Versorgung und Implikationen für die Regelversorgung aus der Perspektive der Leitungspersonen in den Versorgungsnetzwerken	282
Tabelle 340. Förder- und Hemmfaktoren und Implikationen für die Regelversorgung mit Fokus auf die isPO-Onkolots:innen-Versorgung aus der Perspektive der isPO-Onkolots:innen (isPO-OL).....	288
Tabelle 341. Unterkategorien des Codes „Verbesserungsvorschläge für die Regelversorgung“ mit konkreten Nennungen der isPO-Onkolots:innen (isPO-OL)	292

1 Primäres Outcome – Wirksamkeit des isPO-Programms

Bis zum 31.03.2022 nahmen 1764 Patient:innen die isPO-Versorgung in Anspruch. Von diesen stimmten 99,60 % (n = 1757) auch der Teilnahme an der isPO-Studie zu. Abbildung 1 gibt eine Übersicht zur Anzahl der Patient:innen, für die je Erhebungszeitpunkt (T1 mit Einschluss in das isPO-Programm, T2 nach vier Monaten und T3 nach zwölf Monaten) vollständige Daten zum HADS vorliegen. Diese Angaben sind nach zugewiesener Versorgungsstufe stratifiziert. Zugleich gibt die Abbildung Aufschluss darüber, welche Daten in die vorläufigen Wirksamkeitsanalysen eingeflossen sind.

Wie in Kapitel 1.2.2.2 des Evaluationsberichts beschrieben, dienen die Dokumentationsdaten aus CAPSYS²⁰²⁰ als Hauptdatengrundlage für die Wirksamkeitsanalyse mittels Regressions-Diskontinuitäts-Design (RDD). Zusätzlich wurden weitere unterstützende Analysen zum primären Outcome durchgeführt. Hierfür sind auch Daten der schriftlichen Befragungen der externen Evaluation sowie aus GKV-Daten gebildete Variablen berücksichtigt worden.

In den folgenden Unterkapiteln wird zunächst die bis zum 31.03.2022 in die isPO-Studie eingeschlossene Gesamtstichprobe (n = 1757) beschrieben. Anschließend wird die primäre Outcome-Variable (HADS) in der Gesamtstichprobe und in der Teilstichprobe, die für die Wirksamkeitsanalysen herangezogen wird (n = 202), deskriptiv und mit Gruppenvergleichen beleuchtet. Die danach dargestellten Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse (RDD) zum primären Outcome basieren demnach auf den Daten jener Patient:innen, die zwölf Monate in isPO versorgt worden sind und für die der HADS zu allen drei Erhebungszeitpunkten vorliegt.

Abschließend werden weitere, das primäre Outcome unterstützende, Analysen präsentiert, um eine tiefergehende Interpretation der Wirksamkeitsergebnisse zu ermöglichen sowie mögliche weitere Effekte oder Einflüsse aufzudecken. Diese Analysen wurden bereits basierend auf dem Datenabzug vom 01.07.2021 durchgeführt.

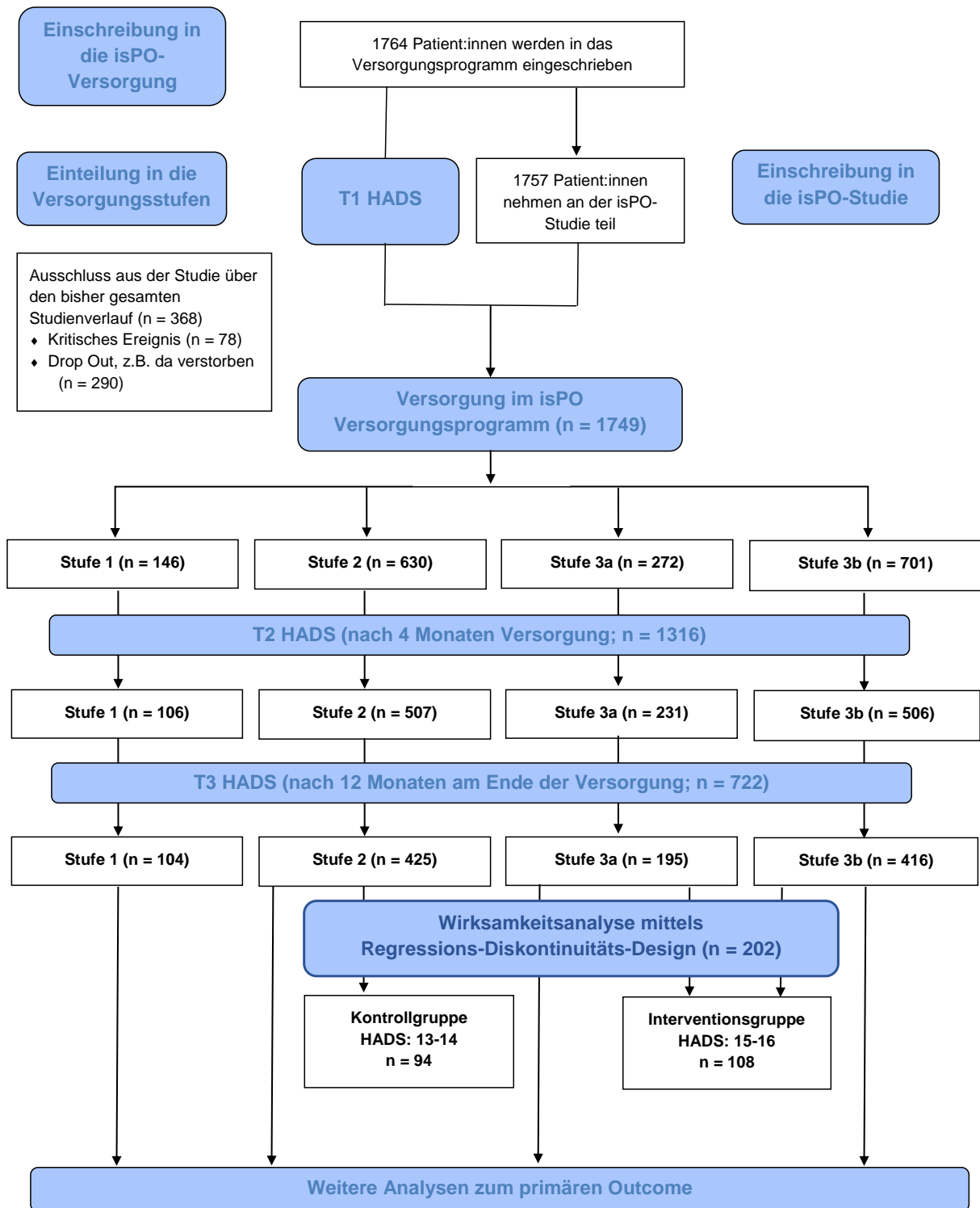


Abbildung 1. Flowchart zum vorläufigen Einschluss und zur Rekrutierung im isPO-Programm

1.1 Soziodemografische Beschreibung der Gesamtstichprobe

Das mittlere Alter der beobachteten Teilnehmenden (n = 1757) liegt bei 57,3 Jahren (SD = 13,4 Jahre; Spannweite: 18-93 Jahre). Während im Versorgungsnetzwerk (VN) Köln die Altersgruppe der 50-59-Jährigen am stärksten vertreten ist, gilt dies in den drei regionalen VN für die 60-69-Jährigen (Abbildung 2).

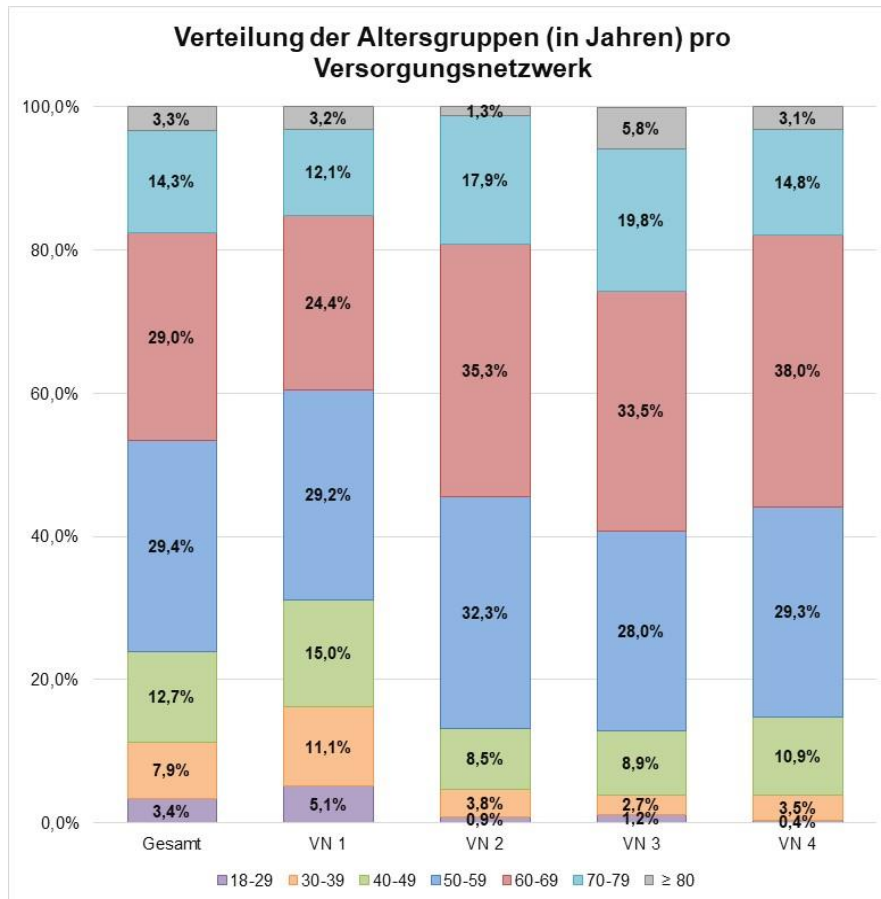


Abbildung 2. Prozentuale Anteile der Altersgruppen in Jahren je Versorgungsnetzwerk

Von den an isPO Teilnehmenden sind 1087 weiblich (61,9 %), 670 männlich (38,1 %) und keine Person divers. Abbildung 3 stellt die Geschlechterverteilung pro VN dar.

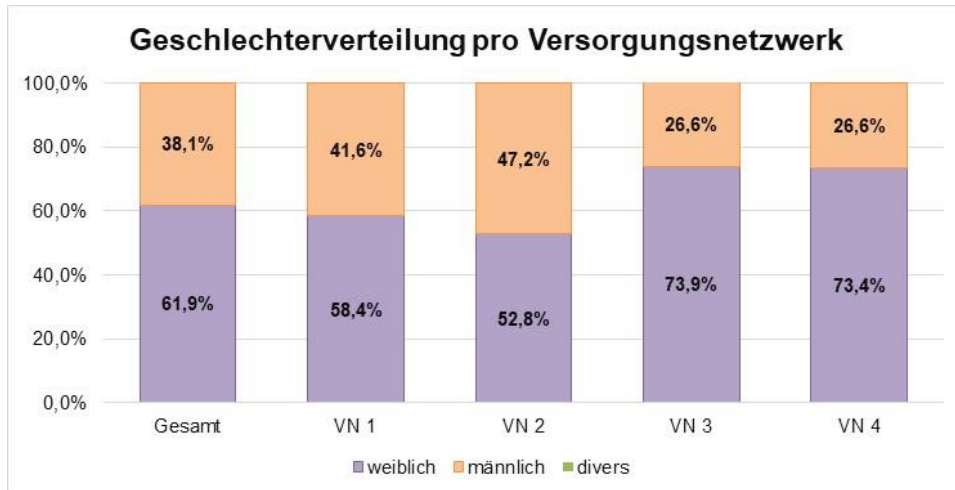


Abbildung 3. Prozentuale Anteile der Geschlechtsangaben je Versorgungsnetzwerk

Nach dem ISCED-Index haben die meisten Patient:innen als höchsten Bildungsabschluss einen der weiterführenden Bildung, also aus dem Sekundarbereich II (n = 1170, 68,7 %). Dazu gehören in Deutschland die gymnasiale Oberstufe, die berufsbildenden Schulen und die Weiterbildungsschulen für Erwachsene (Abendschulen und Kollegs). Zwischen den Versorgungsnetzwerken variiert der Anteil dieser Gruppe zwischen 64,0 % und 80,6 % (Abbildung 4). Mit dem Primarbereich als angegebenem höchsten Bildungsabschluss ist die Grundschule nach der vierten Klasse gemeint (1,9 %). Der Sekundarbereich I bezieht sich auf Abschlüsse der mittleren Bildung, die in Deutschland in Hauptschulen, Realschulen, verbundenen Haupt- und Realschulen, Gesamtschulen, Gemeinschaftsschulen und Gymnasien (Klassen 5 bis 9 bzw. 10) sowie Förderschulen erworben werden (7,3 %).

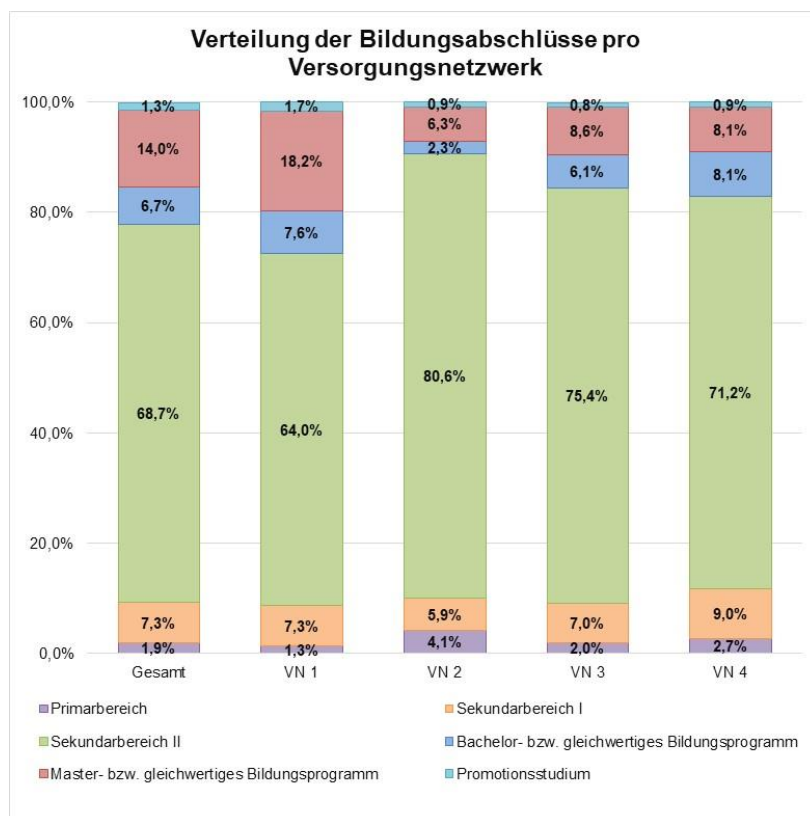


Abbildung 4. Prozentuale Anteile der Bildungsabschlüsse nach ISCED je Versorgungsnetzwerk

Pro teilnehmender Person wurden in CAPSYS²⁰²⁰ bis zu vier Tumorentitäten hinterlegt. Für 1689 Teilnehmende wurde mindestens eine Diagnose dokumentiert, für 52 wurden zwei Diagnosen, für sieben Personen drei und für drei Personen vier Diagnosen vermerkt. Im Folgenden wird die primäre Tumordiagnose fokussiert. Hierunter wurden über alle VN hinweg bösartige Neubildungen der Brustdrüse am häufigsten dokumentiert (n = 421; 24,9 %). Tabelle 1 gibt einen Überblick zur gesamten Verteilung der Tumorentitäten sowie je VN.

Tabelle 1. Prozentuale Verteilung der primären Tumordiagnose (gesamt und je Versorgungsnetzwerk)

Tumorentität	Gesamt (%)	VN 1 (%)	VN 2 (%)	VN 3 (%)	VN 4 (%)
Kopf-Hals	3,8	5,0	6,2	0,0	0,0
Speiseröhre / Magen	6,4	9,4	1,8	3,2	0,0
Darm	6,0	4,9	7,5	9,7	5,1
Leber	1,2	1,4	0,9	2,0	0,0
Bauchspeicheldrüse	2,7	3,7	2,6	0,8	0,0
Lunge	10,2	5,2	22,9	25,4	2,1
Haut	5,7	9,1	1,8	0,0	0,0
Brustdrüse	24,9	15,0	17,2	50,4	53,3
weibliche Genitalorgane	5,7	6,2	2,2	4,4	8,7
Prostata	3,1	2,4	4,0	0,0	9,7
Niere / Harnwege	1,0	0,5	1,8	0,0	4,1
Harnblase	1,7	0,4	6,6	0,0	4,6
blutbildende und lymphatische Organe	11,3	14,9	11,9	3,2	2,1
Sonstige (z. B. männliche Genitalorgane; Zentrales Nervensystem)	16,2	21,9	12,8	0,8	10,3

Von den in das isPO-Programm zugewiesenen Patient:innen wurden 94,2 % (n = 1643) über das diagnosestellende bzw. behandelnde Krankenhaus und 5,8 % (n = 102) aus onkologischen Praxen eingeschrieben. Nur zwei VN nahmen Patient:innen aus den onkologischen Praxen in das isPO-Programm auf (Abbildung 5).

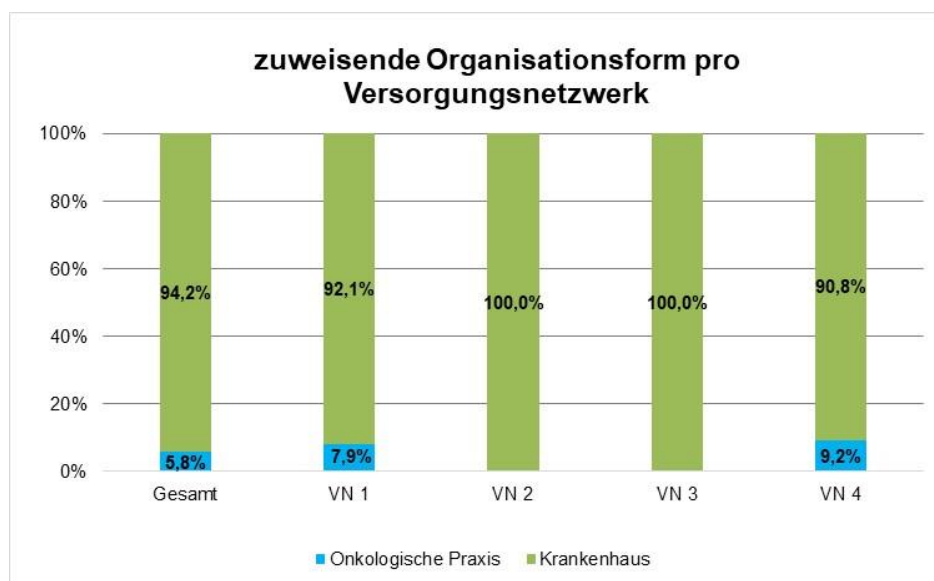


Abbildung 5. Prozentuale Anteile der zuweisenden Organisationsform pro Versorgungsnetzwerk

In den VN zeigen sich für die Verteilungen des Alters, Geschlechts, der Bildung (bzw. des Bildungsabschlusses), der Tumordiagnose und der zuweisenden Organisationsform signifikante Zusammenhänge (Tabelle 2).

Tabelle 2. Ergebnisse der χ^2 -Tests zu den Verteilungen der Stichprobencharakteristika über die Versorgungsnetzwerke hinweg

Variable	χ^2	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Cramers V
Alter	253,34	210	.022	.22
Geschlecht	41,89	3	< .001	.15
Bildung	62,56	15	< .001	.11
Tumordiagnose	666,70	45	< .001	.36
Zuweisende Organisationsform	43,15	3	< .001	.16

Insgesamt wurden bisher 1749 Personen einer Versorgungsstufe zugeteilt, zumeist Stufe 3b (40,1 %, n = 701) und Stufe 2 (36,0 %, n = 630) (Abbildung 6). Es zeigen sich leichte Unterschiede in den Verteilungen der Altersgruppen, Geschlechter, Bildung, Tumorentitäten, zuweisenden Organisationsform und VN-Zugehörigkeit über die verschiedenen Versorgungsstufen (Abbildungen 7 bis 12). Hierbei sind die Unterschiede bei Geschlecht, Tumordiagnose und VN-Zugehörigkeit statistisch signifikant (Tabelle 3).

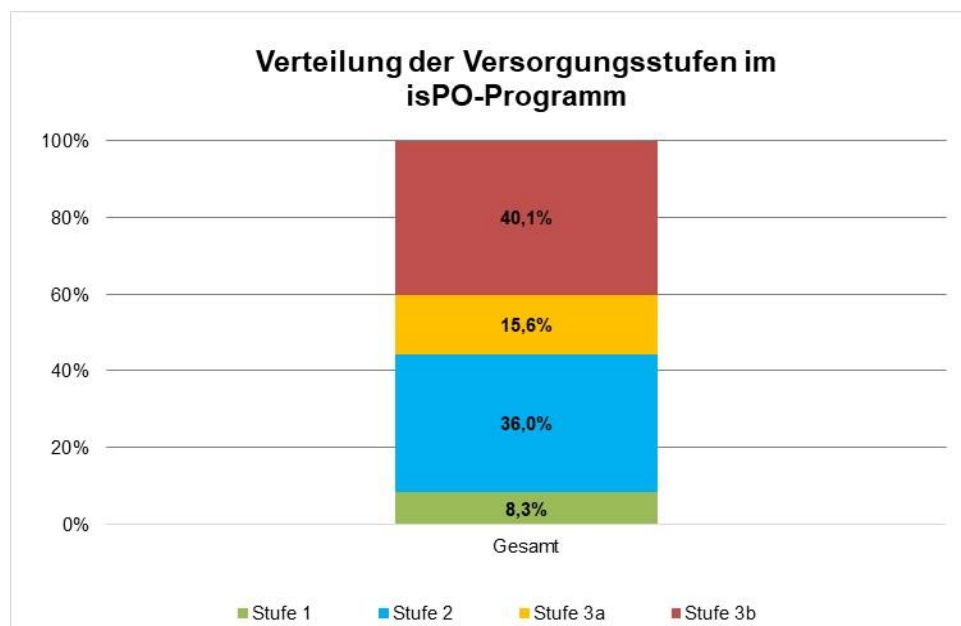


Abbildung 6. Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen im isPO-Programm

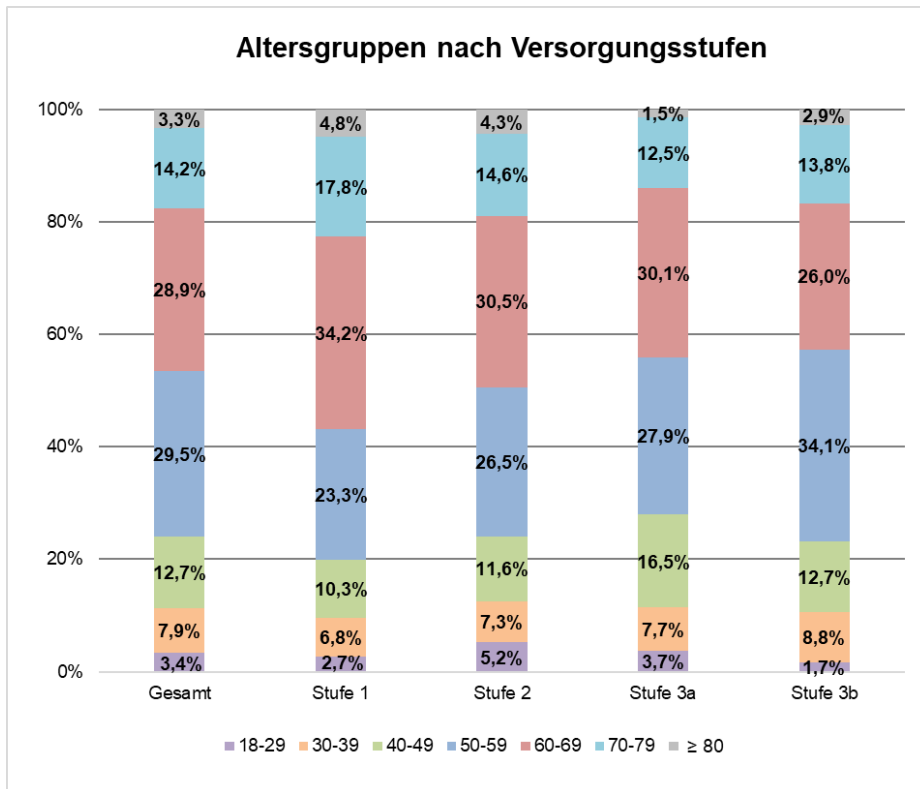


Abbildung 7. Prozentuale Verteilung der Altersgruppen (in Jahren) nach Versorgungsstufen

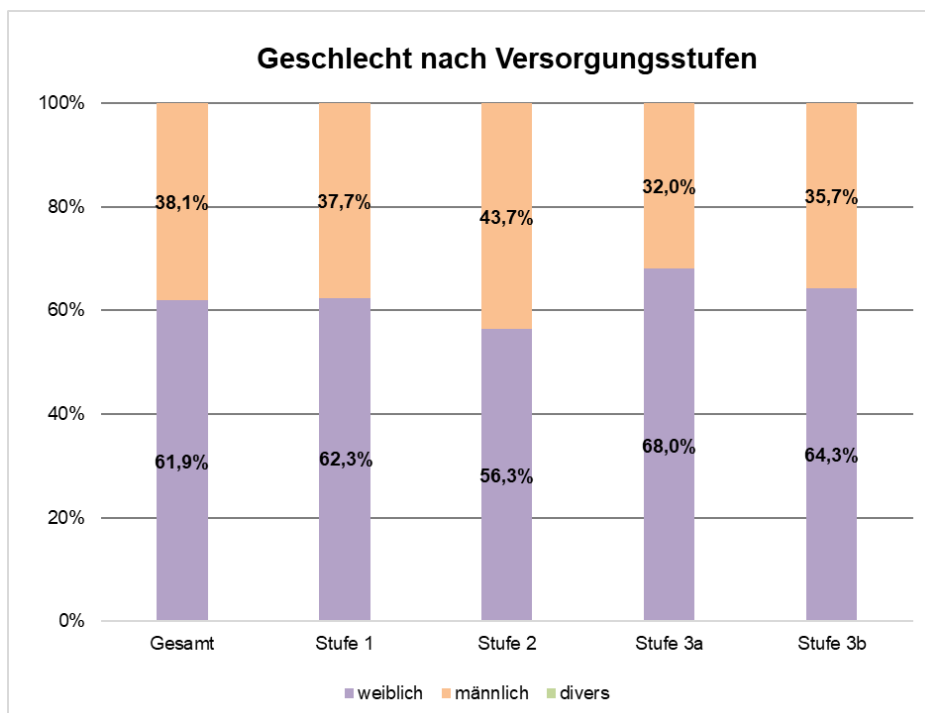


Abbildung 8. Prozentuale Verteilung der Geschlechter nach Versorgungsstufen

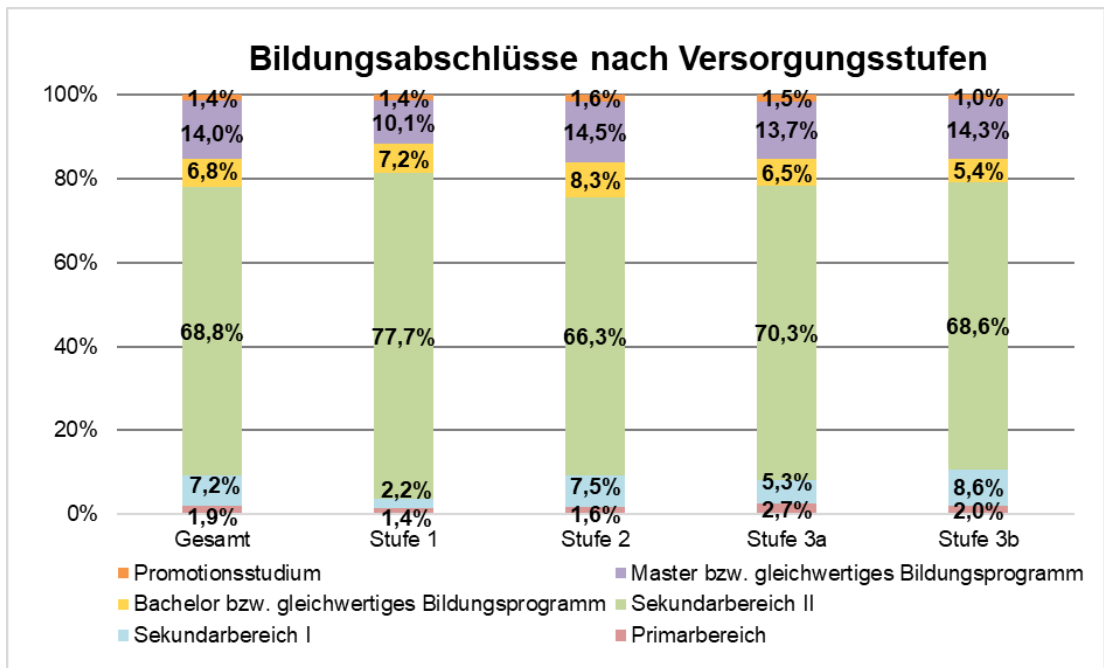


Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der höchsten Bildungsabschlüsse nach Versorgungsstufen

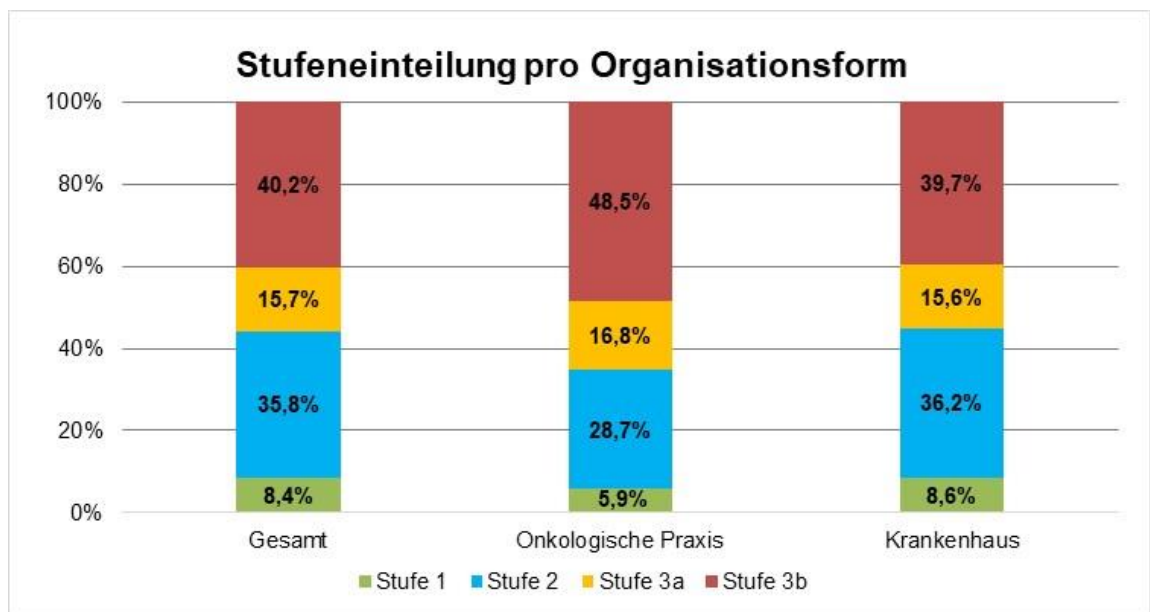


Abbildung 10. Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen pro Organisationform

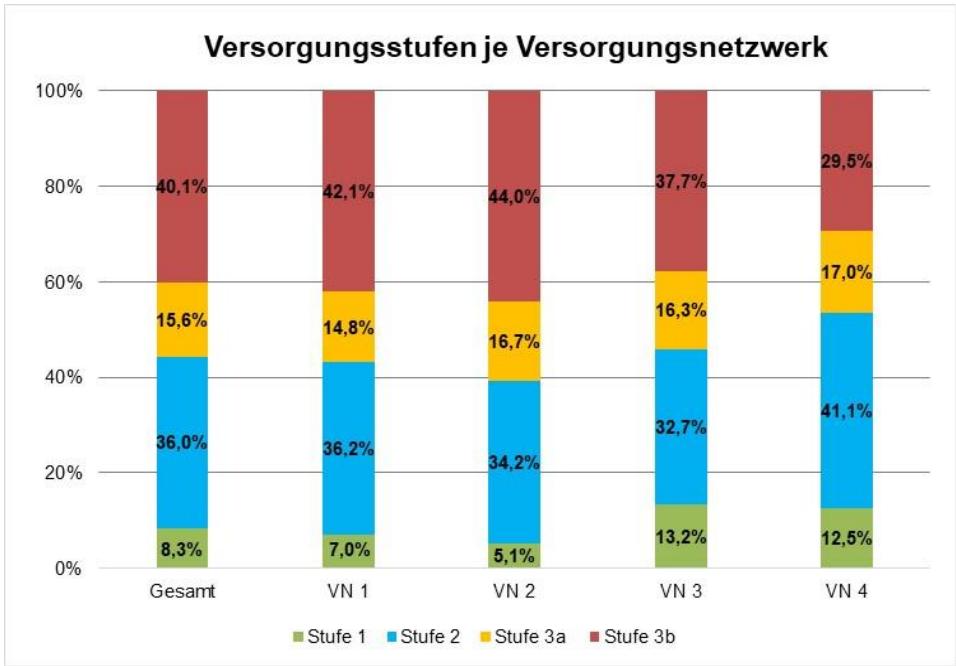


Abbildung 11. Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen je Versorgungsnetzwerk

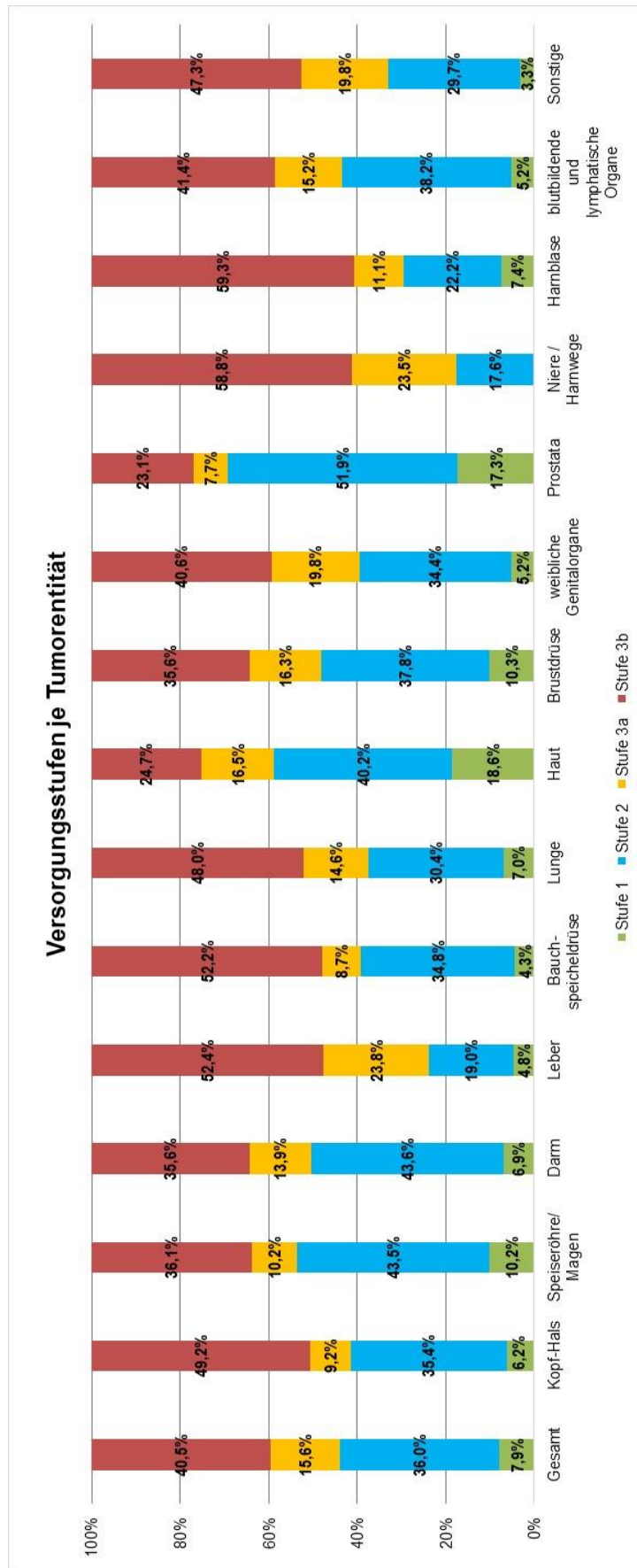


Abbildung 12. Prozentuale Verteilung der Versorgungsstufen je Tumorentität

Tabelle 3. Ergebnisse der χ^2 -Tests zu den Verteilungen der Stichprobencharakteristika über die Versorgungsstufen

Variable	χ^2	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Carmers V
Alter	242,83	210	.06	.22
Geschlecht	14,50	3	.002	.09
Bildung	18,60	15	.23	.06
Tumordiagnose	94,50	45	< .001	.14
Zuweisende Organisationsform	4,18	3	.24	.05
Versorgungsnetzwerk	29,15	9	.001	.08

Für 4,4 % der Fälle wurde ein Critical Incident (CI; kritisches Ereignis) dokumentiert, wobei eine akute psychische Krisensituation der häufigste Grund dafür war (Tabelle 4).

Tabelle 4. Prozentuale Anteile der Gründe für ein Critical Incident

Grund für Critical Incident	%
Von Patient:in gemeldeter Bedarf aufgrund postalischer Befragung	11,5
Akute psychische Krisensituation	43,6
Akute psychosoziale Krisensituation	9,0
Akute Suizidalität	1,3
Anderer Grund	34,6

Für 290 Teilnehmende (16,5 %) wurde eine Beendigung des Versorgungsvertrags (Drop-out) identifiziert. In der Dokumentation der Begründung wurden lediglich drei von 16 in CAPSYS²⁰²⁰ hinterlegten Antwortmöglichkeiten genutzt, wobei „Patient:in verstorben“ die häufigste Angabe war (Tabelle 5).

Tabelle 5. Prozentuale Anteile der Gründe der Beendigung des Versorgungsvertrags

Grund der Beendigung des Versorgungsvertrags	%
Ausschreibung Selektivvertrag durch Patient:in	13,8
Ausschreibung wg. Krankenkassenwechsel	0,0
Ausschreibung durch Krankenkasse (Andere Gründe)	0,0
Ausschreibung Studienteilnahme durch Patient:in	0,0
Nichtangemessenheit der Stufe	0,0
Unvollständige / keine Fragebögen	0,0
Nichterscheinen / Nichterreichbarkeit	0,0
Patient:in verstorben	83,4
Übernahme durch andere Einrichtung	0,0
Schwere psychiatrische Störung	0,0
Dropout vor Einschreibung	0,0
Protokollverletzung	0,0
Kritisches Ereignis	0,0
Ausschreibung Studienteilnahme und Löschen aller Studiendaten	0,0
Feststellung der Nichtigkeit der Teilnahme am Selektivvertrag durch Krankenkasse	0,0
Ausschreibung Behandlung nach § 630a BGB durch Patient:in	2,8

1.2 Beschreibung der HADS-Werte der Gesamtstichprobe

Über alle bis März 2022 im Datensatz enthaltenen Fälle liegt der HADS zu T1 im Mittel bei 16,31 Punkten (Tabelle 6). Der Wert sinkt zu T2 auf 14,13 und zu T3 auf 13,21 Punkte. **Somit sinkt der HADS-Gesamtwert im Mittel vom klinisch auffälligen Bereich (Versorgungsstufe 3) unter den Schwellenwert zu T1 (HADS = 14,5). In beiden Subskalen (Angst und Depression) sinken die Werte über die drei Erhebungszeitpunkte** (Tabelle 6). Abbildung 13 zeigt die Häufigkeitsverteilung für die HADS-Gesamtwerte über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg.

Tabelle 6. Deskriptive Ergebnisse für die HADS-Werte (Gesamt und Subskalen)

Variable	N	M	SD	Min	Max
HADS Gesamt T1	1752	16,31	8,70	0	42
HADS Gesamt T2	1360	14,13	8,23	0	41
HADS Gesamt T3	1140	13,21	8,35	0	39
HADS – Angst T1	1752	9,02	4,56	0	21
HADS – Angst T2	1360	7,62	4,28	0	21
HADS – Angst T3	1140	7,37	4,29	0	21
HADS – Depression T1	1752	7,29	4,78	0	21
HADS – Depression T2	1360	6,52	4,54	0	21
HADS – Depression T3	1140	5,84	4,62	0	20

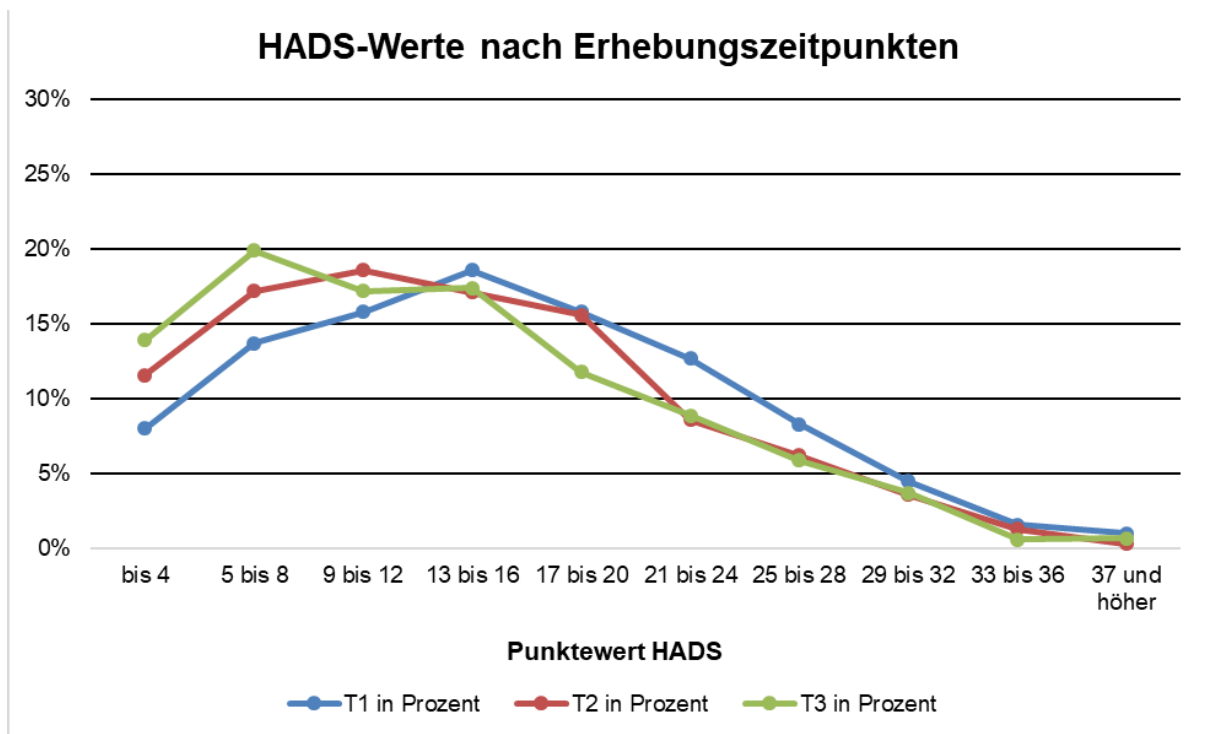


Abbildung 13. Prozentuale Verteilung der HADS-Werte nach Erhebungszeitpunkten

Abbildung 14 und Abbildung 15 stellen die Häufigkeitsverteilungen der Subskalen Angst und Depression ebenfalls über die Erhebungszeitpunkte hinweg dar. Auffallend sind die **unterschiedlichen Verteilungen der Subskalen**. Bei beiden ist eine **sinkende Tendenz der Häufigkeiten von T1 zu T3** zu erkennen.

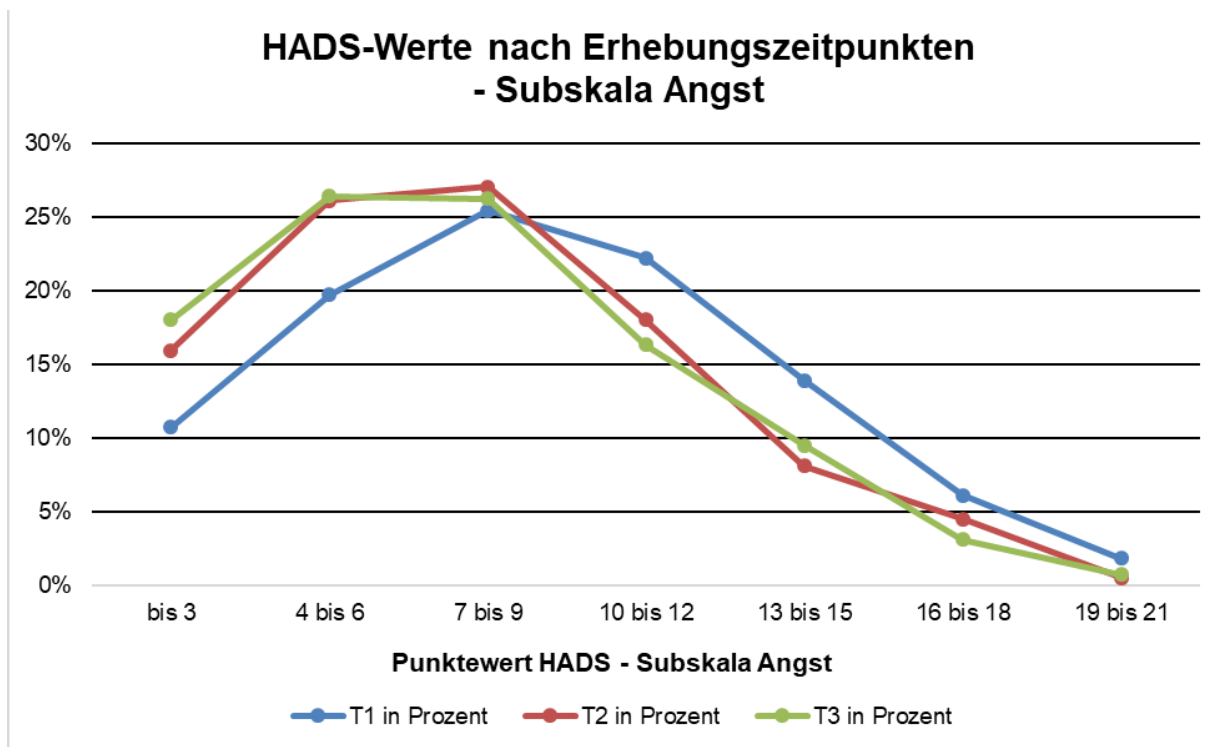


Abbildung 14. Prozentuale Verteilung der HADS-Werte der Subskala Angst nach Erhebungszeitpunkten

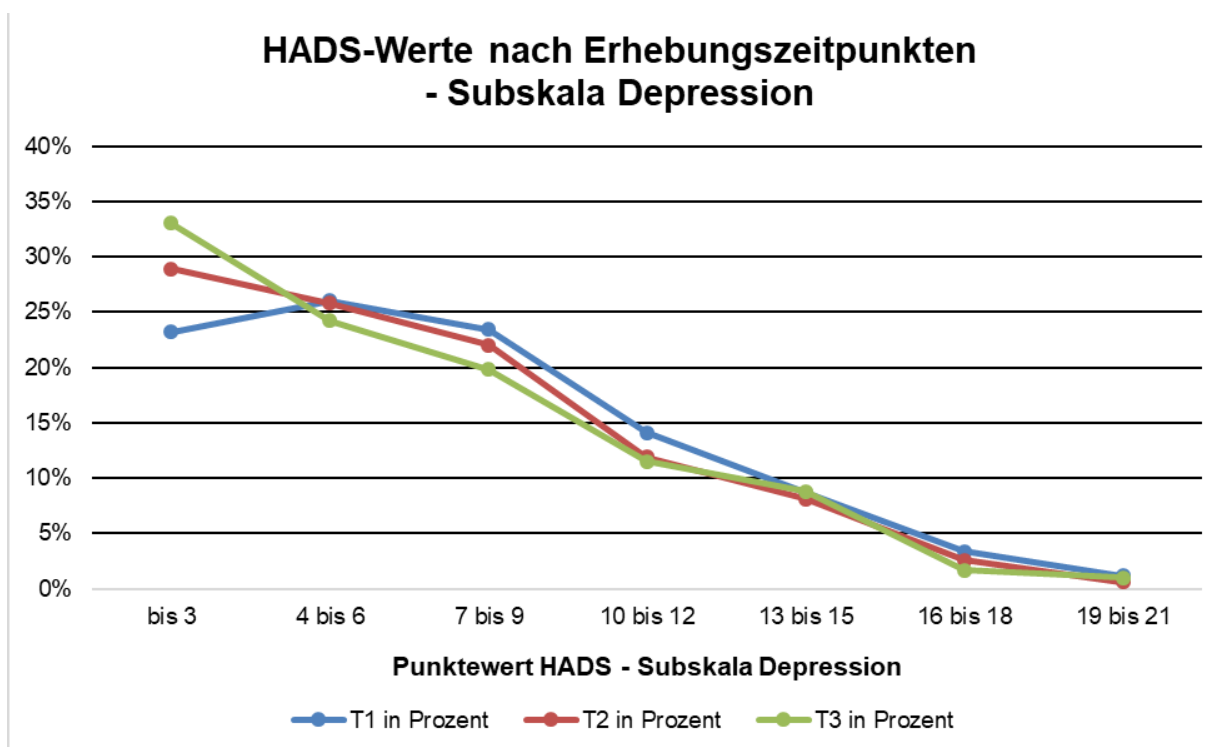


Abbildung 15. Prozentuale Verteilung der HADS-Werte der Subskala Depression nach Erhebungszeitpunkten

In Tabelle 7 sind die Mittelwerte des HADS (Gesamt und nach den jeweiligen Subskalen) über die drei Erhebungszeitpunkte je Versorgungsstufe dargestellt. Für die Stufen 1 und 2 zeigt sich von T1 zu T2 ein Anstieg des HADS-Gesamtwerts und anschließend wieder ein leichter Abfall zu T3, welcher wiederum über dem Ausgangswert zu T1 liegt. Dieser Trend lässt sich für die **Stufe 3a und 3b** nicht erkennen. Hier **sinkt der HADS-Gesamtwert stetig über die Erhebungszeitpunkte**. Dies ist auch deutlich zu erkennen, wenn man die Veränderung des HADS über die Zeit abhängig vom Schwellenwert zur Einteilung in die psychotherapeutische Versorgung betrachtet (Abbildung 16).

Tabelle 7. Mittelwerte des HADS-Gesamt sowie der Subskalen Angst und Depression über die drei Erhebungszeitpunkte je Versorgungsstufe

Variable	Stufe 1 M (N)	Stufe 2 M (N)	Stufe 3a M (N)	Stufe 3b M (N)
HADS – Gesamt T1	5,66 (146)	9,06 (630)	19,88 (272)	23,66 (701)
HADS – Gesamt T2	7,11 (116)	9,90 (507)	15,94 (231)	19,17 (506)
HADS – Gesamt T3	7,04 (104)	9,25 (425)	14,39 (195)	18,25 (416)
HADS – Angst T1	3,60 (146)	5,47 (630)	10,96 (272)	12,59 (701)
HADS – Angst T2	4,11 (116)	5,48 (507)	8,64 (231)	10,09 (506)
HADS – Angst T3	4,38 (104)	5,39 (425)	8,00 (195)	9,85 (416)
HADS – Depression T1	2,06 (146)	3,58 (630)	8,92 (272)	11,07 (701)
HADS – Depression T2	3,00 (116)	4,41 (507)	7,30 (231)	9,07 (506)
HADS – Depression T3	2,65 (104)	3,86 (425)	6,39 (195)	8,39 (416)

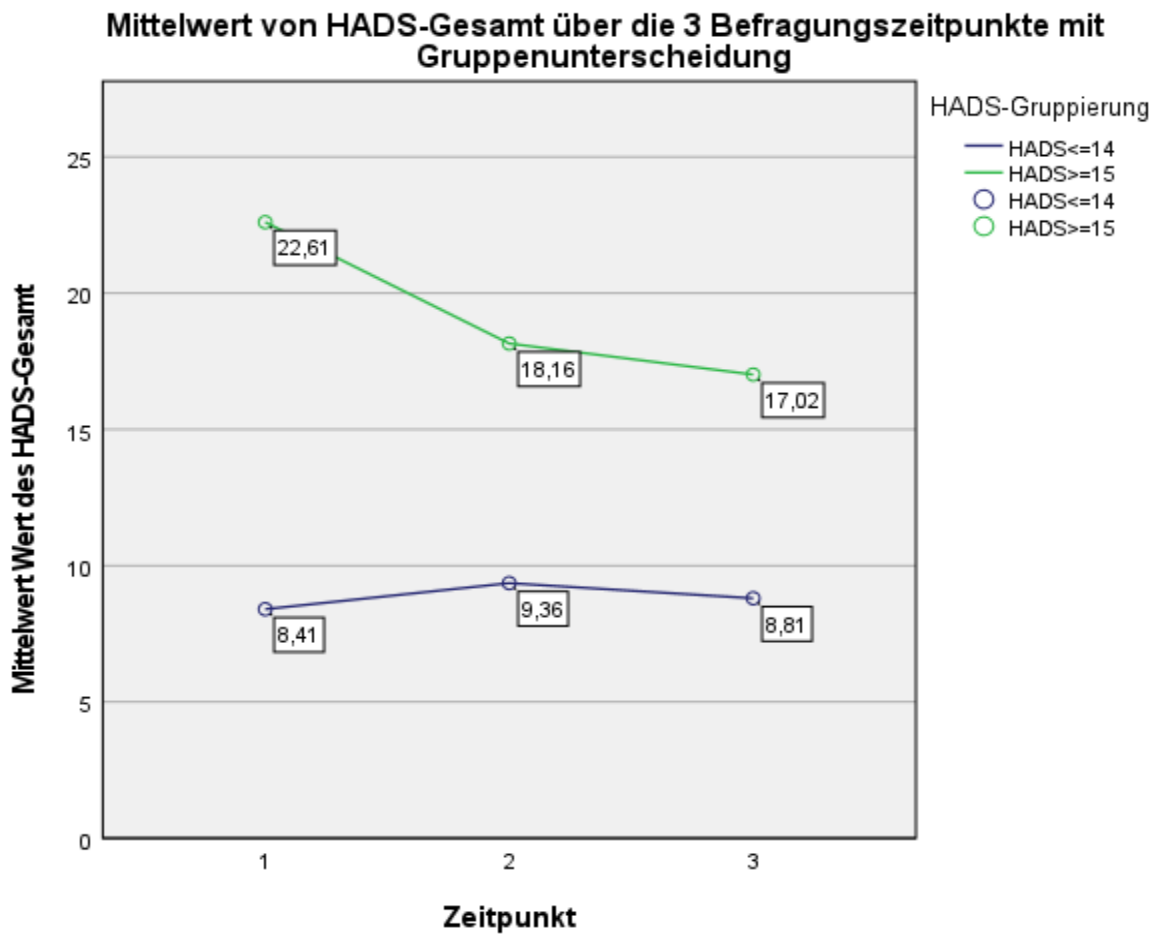


Abbildung 16. Mittelwerte des HADS-Gesamt über die drei Befragungszeitpunkte mit Gruppenunterscheidung (anhand des Schwellenwerts zur Einteilung in Versorgungsstufe 3)

In Tabelle 8 sind die Mittelwerte des HADS (Gesamt und nach den jeweiligen Subskalen) über die drei Erhebungszeitpunkte je Versorgungsnetzwerk dargestellt. Die Versorgungsnetzwerke 1 bis 3 haben zu T1 jeweils einen HADS-Mittelwert, der über dem klinisch auffälligen Schwellenwert (HADS = 14,5) liegt. Versorgungsnetzwerk 4 liegt im Mittel knapp darunter.

Der **Belastungsgrad der Patient:innen** (gemessen mittels HADS) ist **zwischen den Versorgungsnetzwerken unterschiedlich**. **Bei allen** ist über die Erhebungszeitpunkte ein **sinkender Trend** zu erkennen. Die Spanne hierbei liegt zwischen 1,51 und 3,56 Punktwerten.

Tabelle 8. Mittelwerte des HADS-Gesamt sowie der Subskalen Angst und Depression über die drei Erhebungszeitpunkte je Versorgungsnetzwerk

Variable	VN 1 M (N)	VN 2 M (N)	VN 3 M (N)	VN 4 M (N)
HADS – Gesamt T1	16,65 (1035)	17,34 (235)	15,91 (257)	14,17 (225)
HADS – Gesamt T2	14,20 (775)	16,29 (189)	13,29 (203)	12,63 (193)
HADS – Gesamt T3	13,29 (646)	15,83 (157)	12,35 (171)	11,33 (166)
HADS – Angst T1	9,09 (1035)	9,39 (235)	9,11 (257)	8,24 (225)
HADS – Angst T2	7,64 (775)	8,71 (189)	7,33 (203)	6,77 (193)
HADS – Angst T3	7,49 (646)	8,41 (157)	6,88 (171)	6,45 (166)
HADS – Depression T1	7,55 (1035)	7,95 (235)	6,80 (227)	5,94 (225)
HADS – Depression T2	6,57 (775)	7,58 (189)	5,96 (203)	5,86 (193)
HADS – Depression T3	5,80 (646)	7,42 (157)	5,47 (171)	4,88 (166)

In Abbildung 17 sind die prozentualen Verteilungen des HADS-Gesamt über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg nach den Versorgungsstufen dargestellt. Sichtbar wird, dass für die Versorgungsstufe 1 zu T2 und T3 häufiger Punktwerte ab 13 vorkommen, d. h. dass über die Zeit eine Verschlechterung in der Belastung stattfindet. Für die Versorgungsstufe 2 zeigt sich, dass bis T2 und T3 Punktwerte ab 17 zunehmen, d. h. dass auch hier Patient:innen über die Zeit häufiger eine höhere Belastung entwickeln im Vergleich zu T1. Für die Versorgungsstufen 3a und 3b wird ein umgekehrtes Bild sichtbar. Ab T2 bis hin zu T3 gibt es häufiger Patient:innen, die Punktwerte unterhalb von 13 und damit eine Verbesserung im Belastungserleben aufweisen, was unter dem klinisch relevanten Bereich (Cut-Off 14,5) liegt.

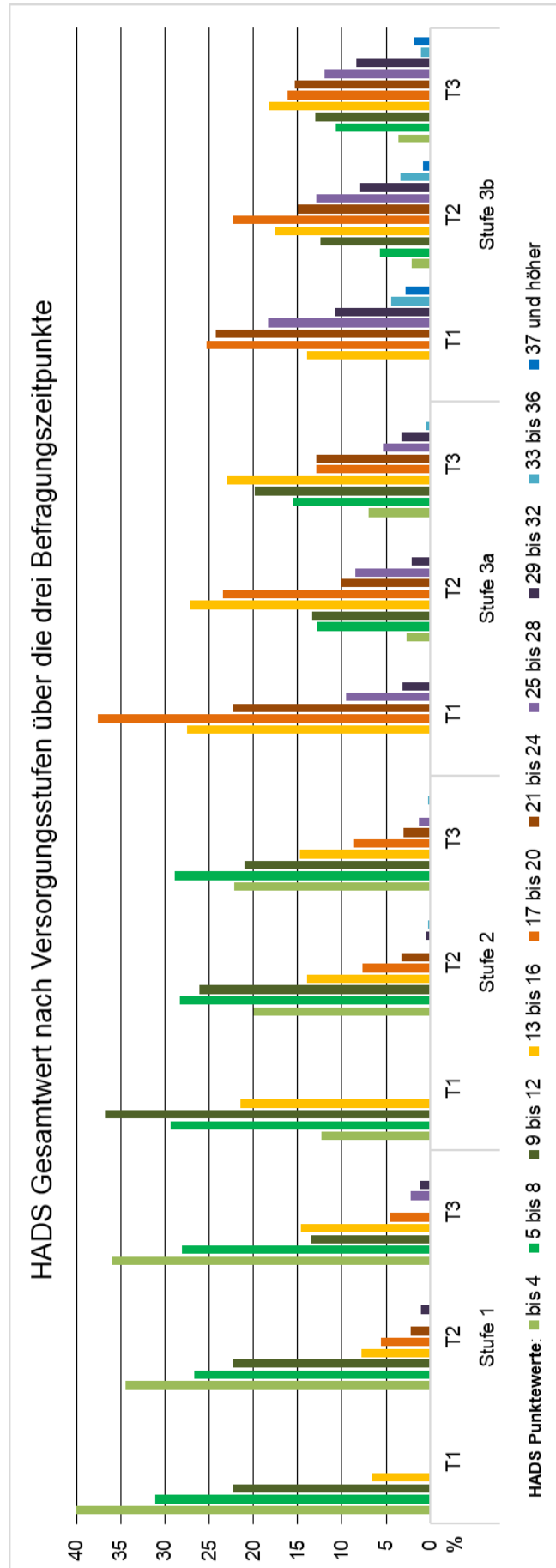


Abbildung 17. HADS-Gesamtwerte über die Erhebungszeitpunkte und Versorgungsstufen hinweg

1.3 Beschreibung der HADS-Werte für die Kontroll- und Interventionsgruppe

Die Bandbreite, die für die Wirksamkeitsanalysen (RDD) betrachtet wird, liegt zwischen einem HADS-Wert von 13 und 16. In der bis einschließlich März 2022 im CAPSYS²⁰²⁰-Datensatz enthaltenen Gesamtstichprobe haben 294 Patient:innen zu T1 einen HADS-Wert, der in diesem Bereich liegt. Bei 47,28 % (n = 139) der Patient:innen beträgt der Wert ≤ 14 (Kontrollgruppe) und bei 52,72 % (n = 155) beträgt der Wert ≥ 15 (Interventionsgruppe). Tabelle 9 zeigt die Häufigkeiten der Kontroll- und Interventionsgruppe nach VN. In Tabelle 10 sind die Mittelwerte dieser zwei Gruppen über die drei Erhebungszeitpunkte T1 bis T3 dargestellt. Hier ist eine Tendenz dahingehend erkennbar, dass die Veränderung des HADS-Wertes von T1 zu T2 in der Interventionsgruppe größer scheint als in der Kontrollgruppe. Vermutlich hängt dies mit der Subskala Depression zusammen. In der Interventionsgruppe verringert sich der Depressions-Mittelwert vor allem von T1 zu T2 und bleibt dann für T3 konstant. In der Kontrollgruppe jedoch steigt der Depressionswert zu T2 an und fällt dann zu T3 wieder ab. Der Wert der Subskala Angst reduziert sich in beiden Gruppen insbesondere von T1 zu T2. In Abbildung 18 sind die Mittelwerte der Kontroll- und Interventionsgruppe bereinigt (nur Patient:innen, für die für alle Befragungszeitpunkte Daten vorliegen) dargestellt. Auch hier ist in der Interventionsgruppe die größte Veränderung von T1 zu T2 bzw. T1 zu T3, nicht aber von T2 zu T3 zu erkennen.

Tabelle 9. Interventions- und Kontrollgruppe nach Versorgungsnetzwerken

Versorgungsnetzwerk	Kontrollgruppe (13 bis 14)		Interventionsgruppe (15 bis 16)	
	N	%	N	%
VN 1	94	67,6	93	60,0
VN 2	14	10,1	20	12,9
VN 3	15	10,8	24	15,5
VN 4	16	11,5	18	11,6
Demografische Charakteristika				
Geschlecht: weiblich	83	59,7	103	66,5
Geschlecht: männlich	56	40,3	52	33,5
Alter (Mittelwert)	56,9		55,7	

Tabelle 10. HADS-Mittelwerte der Kontroll- und Interventionsgruppe über die drei Erhebungszeitpunkte

Variable	Kontrollgruppe (13 bis 14)			Interventionsgruppe (15 bis 16)		
	N	M	SD	N	M	SD
HADS – Gesamt T1	139	13,4	0,5	155	15,5	0,5
HADS – Gesamt T2	114	13,2	5,6	129	13,0	5,8
HADS – Gesamt T3	94	12,1	6,1	108	13,0	6,9
HADS – Angst T1	139	7,7	1,8	155	8,9	1,6
HADS – Angst T2	114	7,1	3,0	129	7,5	3,3
HADS – Angst T3	94	6,9	3,1	108	7,6	3,7
HADS – Depression T1	139	5,7	1,8	155	6,6	1,6
HADS – Depression T2	114	6,1	3,5	129	5,5	3,1
HADS – Depression T3	94	5,1	3,7	108	5,4	3,8

Mittelwert von HADS-Gesamt über die 3 Befragungszeitpunkte mit Gruppenunterscheidung innerhalb der Bandbreite

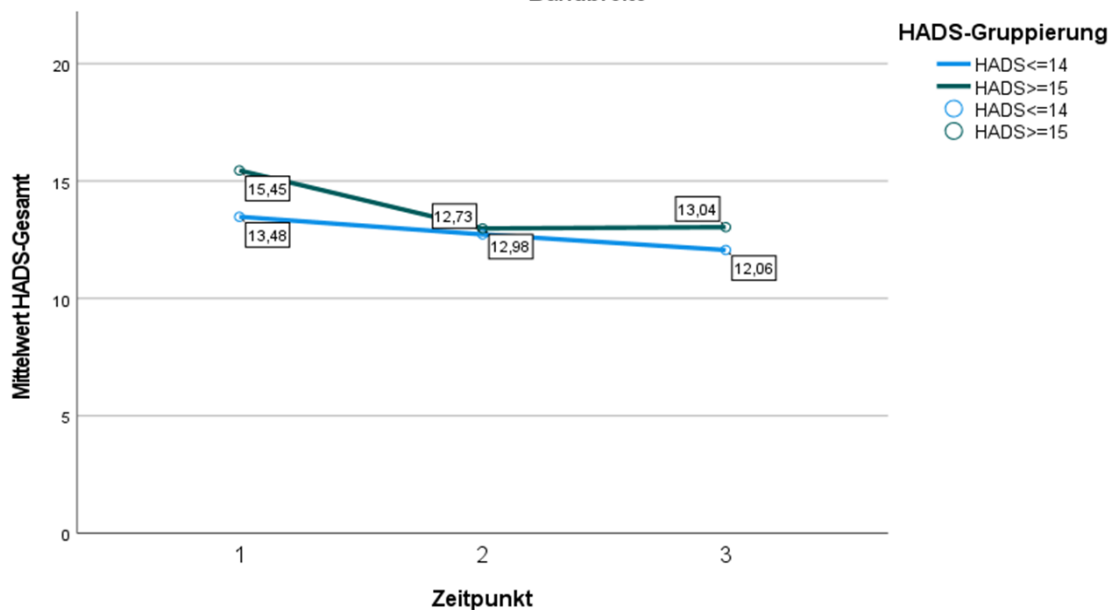


Abbildung 18. Mittelwerte HADS-Gesamt für die Kontroll- und Interventionsgruppe über die drei Befragungszeitpunkte hinweg sowie innerhalb der Bandbreite (13-16)

1.4 Entwicklung der HADS-Werte über die drei Erhebungszeitpunkte in Zweipunkt-Bandbreiten

Um einen detaillierten Einblick in die Entwicklung der HADS-Werte über die drei Erhebungszeitpunkte (T1, T2 und T3) zu erlangen, wurde der HADS zu T1 in Subgruppen (n = 20) unterteilt, die jeweils eine zweipunktige Bandbreite enthalten. Tabelle 11 zeigt die Entwicklung des HADS-Mittelwertes über die Erhebungszeitpunkte T2 und T3 hinweg sowie die Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten.

Es wird deutlich, dass der HADS-Wert derjenigen Patient:innen, die zu T1 einen niedrigen HADS-Wert (1-10 Punkte, Gruppen 1-5) haben, bis zum dritten Erhebungszeitpunkt T3 stagniert oder ansteigt. **Ab einem Punktwert von HADS = 11 (ab Gruppe 6) zeigt sich eine stetig größer werdende Verbesserung (Punktezah sinkt) im Belastungserleben von T1 zu T2 wie auch von T1 zu T3** (Tabelle 11, Abbildung 19 und Abbildung 20). **Diese Verbesserungen zeigen sich jedoch lediglich für T1 zu T3 als stetig signifikant** (Tabelle 12). **Ab dem Punktwert HADS = 15 (ab Gruppe 8) sind die genannten Verbesserungen sowohl für T1 zu T2 als auch für T1 zu T3 stetig signifikant** (Tabelle 12). Allerdings ist diese signifikante Verbesserung des Belastungserlebens in der Regel der Veränderung von T1 zu T2 zuzuordnen, während sich der HADS von T2 zu T3 im Vergleich häufig nicht verändert (Tabelle 11 und Tabelle 12). **Am meisten scheinen diejenigen Patient:innen eine Belastungsreduktion aufzuweisen, die zu Beginn (T1) eine hohe bzw. klinisch relevante Belastung aufwiesen.**

Personen, die zu T1 einen HADS-Punktwert bis 10 aufwiesen (Gruppen 1 bis 5), verschlechtern sich in ihrem Belastungserleben (Punktzahl steigt) über die Befragungszeitpunkte hinweg (Tabelle 11 und Tabelle 12). Für Patient:innen mit einem T1 HADS zwischen 1 und 4 (Gruppen 1 und 2) war dies von T1 zu T2 eine signifikante Verschlechterung. Für Patient:innen mit einem T1 HADS 1 bis 2 und 7 bis 8 (Gruppen 1 und 4) war die Verschlechterung von T1 zu T3 signifikant (Tabelle 12).

In der Bandbreite, die für das RDD zur Wirksamkeitsüberprüfung herangezogen wird – den Tabelle 11 und 12 in den Gruppen 7 und 8 (Punktwerte 13 bis 14 und 15 bis 16) zu entnehmen – **zeigt sich sowohl in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung von T1 zu T3** (Tabelle 12). Der Mittelwert der Interventionsgruppe zu T3 liegt unter dem Cut-Off-Wert und nähert sich hierbei dem Mittelwert der Kontrollgruppe an. **Die Verbesserung der HADS-Werte von T1 zu T2 zeigt sich nur für die Interventionsgruppe signifikant** (Tabelle 12). Auch hier liegt der Mittelwert schon unter dem Cut-Off-Wert. **Von T2 zu T3 scheint kaum eine Veränderung im Mittelwert der Interventionsgruppe stattgefunden zu haben.**

Tabelle 11. Detaillierte Entwicklung der HADS-Werte über die Erhebungszeitpunkte

Gruppe (HADS-Wertebereich zu T1)*	HADS T2	Differenz** HADS T1 zu T2	HADS T3	Differenz HADS T2 zu T3	Differenz HADS T1 zu T3
1 (1-2)	4,54	3,03	5,62	1,14	4,10
2 (3-4)	5,65	2,10	5,71	0,06	2,16
3 (5-6)	6,06	0,54	5,91	-0,04	0,40
4 (7-8)	8,16	0,65	9,57	1,09	2,05
5 (9-10)	10,07	0,54	9,75	-0,42	0,22

Gruppe (HADS-Wertebereich zu T1)*	HADS T2	Differenz** HADS T1 zu T2	HADS T3	Differenz HADS T2 zu T3	Differenz HADS T1 zu T3
6 (11-12)	11,05	-0,43	10,31	-0,73	-1,17
7 (13-14)	12,73	-0,75	12,06	-0,60	-1,42
8 (15-16)	13,03	-2,42	13,05	-0,15	-2,40
9 (17-18)	15,77	-1,69	13,50	-2,52	-3,96
10 (19-20)	16,75	-2,68	15,27	-1,57	-4,17
11 (21-22)	17,57	-3,88	17,90	0,18	-3,57
12 (23-24)	18,56	-4,93	18,59	-0,28	-4,90
13 (25-26)	19,82	-5,55	18,27	-1,55	-7,10
14 (27-28)	21,05	-6,50	19,93	-2,15	-7,62
15 (29-30)	23,85	-5,50	22,07	-1,77	-7,28
16 (31-32)	22,95	-8,64	19,71	-3,86	-11,92
17 (33-34)	23,43	-10,14	25,25	0,00	-8,38
18 (35-36)	29,90	-5,20	28,50	-0,10	-6,67
19 (37-38)	26,13	-11,25	27,25	1,13	-10,13
20 (39-41)	32,33	-7,67	32,75	0,67	-7,00

*Es wurden nur Personen berücksichtigt, die zu allen drei Befragungszeitpunkten den HADS ausgefüllt haben (N = 1081); ** Mittelwert der Differenz

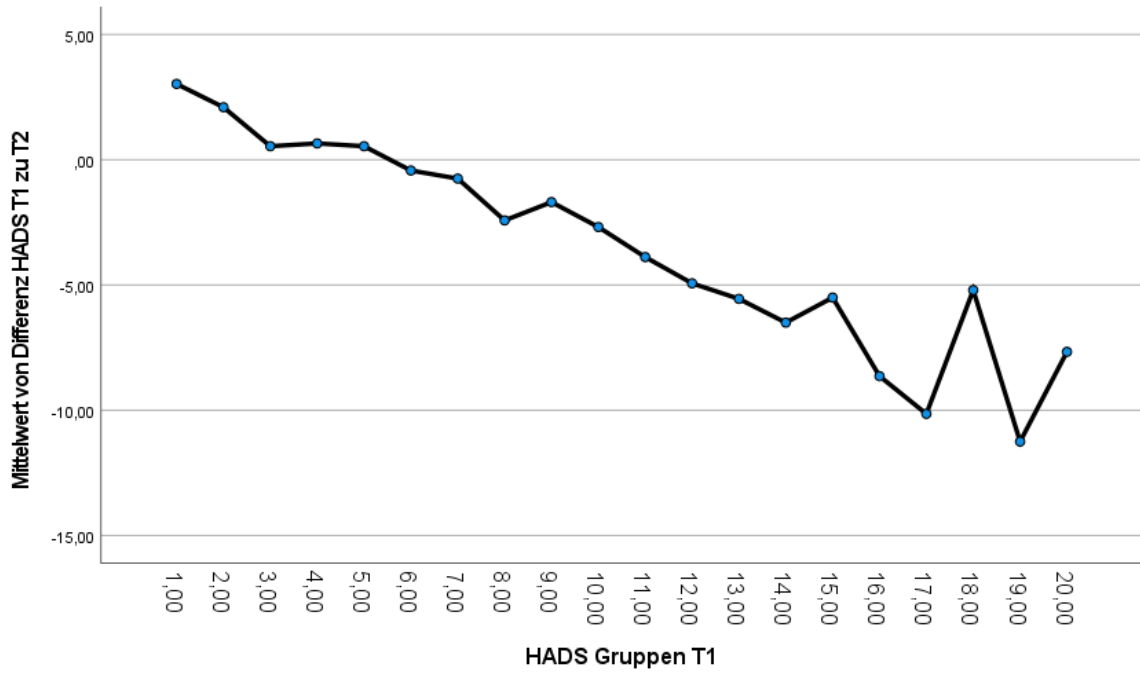


Abbildung 20. Differenz HADS T1 zu T2 nach HADS-Gruppen (eingeteilt für T1)

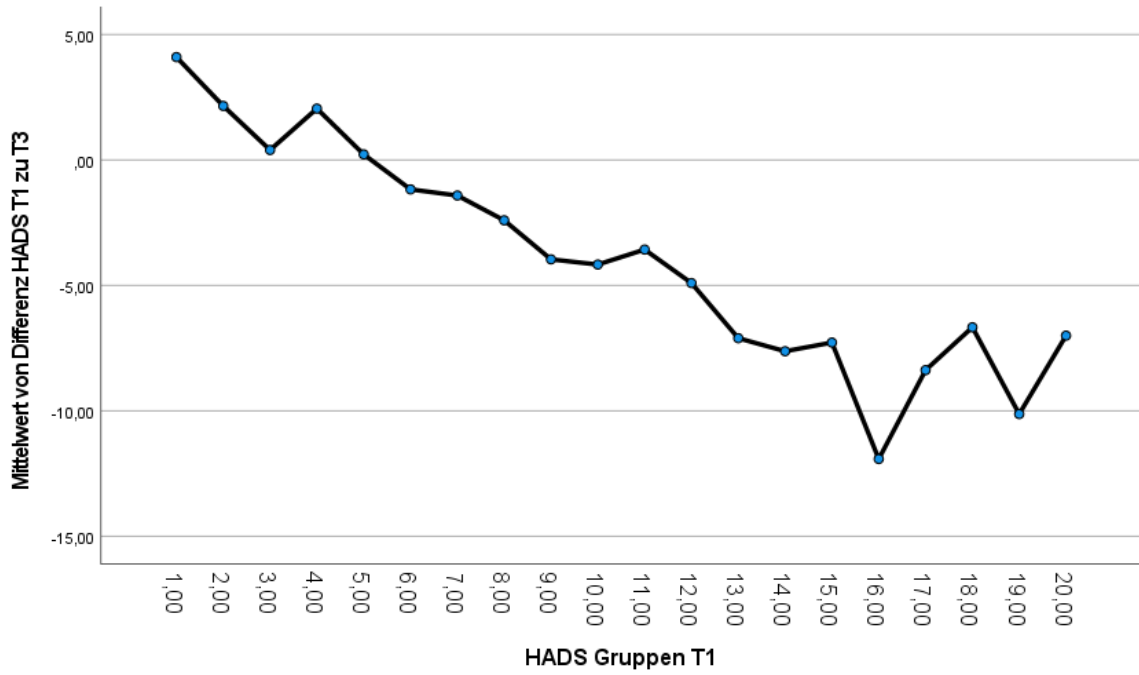


Abbildung 19. Differenz HADS T1 zu T3 nach HADS-Gruppen (eingeteilt für T1)

Tabelle 12. Ergebnisse der t-Tests zu den Veränderungen der HADS-Werte über die Erhebungszeitpunkte nach HADS-T1-Gruppen

Gruppe (HADS- Wertebereich zu T1)	HADS T1 zu T2			HADS T2 zu T3			HADS T1 zu T3		
	T	df	p	T	df	p	T	df	p
1 (1-2)	-3,47	34	< .001	-1,40	34	.086	-4,18	38	< .001
2 (3-4)	-2,76	50	.004	-2,52	50	.007	-0,06	50	.476
3 (5-6)	-1,32	71	.095	-0,86	74	.195	0,10	71	.459
4 (7-8)	-1,24	74	.110	-1,92	74	.030	-3,33	79	< .001
5 (9-10)	-0,91	84	.183	0,61	84	.272	-0,33	88	.371
6 (11-12)	0,70	83	.243	1,27	83	.104	2,27	87	.013
7 (13-14)	1,39	91	.083	1,12	91	.133	2,23	93	.014
8 (15-16)	4,23	106	< .001	0,27	106	.396	3,68	108	< .001
9 (17-18)	2,39	89	.010	3,92	89	< .001	6,20	97	< .001
10 (19-20)	3,84	78	< .001	2,28	78	.013	5,35	83	< .001
11 (21-22)	5,53	76	< .001	-0,26	76	.400	4,23	78	< .001
12 (23-24)	5,32	58	< .001	0,36	58	.361	7,10	62	< .001
13 (25-26)	5,51	48	< .001	1,79	48	.040	6,40	48	< .001
14 (27-28)	5,89	39	< .001	1,91	39	.032	6,65	44	< .001
15 (29-30)	4,91	25	< .001	1,42	25	.085	5,04	28	< .001
16 (31-32)	5,60	21	< .001	3,50	21	.001	7,20	23	< .001
17 (33-34)	3,78	6	.005	0,00	6	.500	2,40	7	.024
18 (35-36)	3,02	9	.007	0,05	9	.482	4,78	11	< .001
19 (37-38)	3,50	7	.005	-0,57	7	.294	4,31	7	.002
20 (39-41)*	4,35	2	.025	-0,36	2	.377	3,93	3	.015
17-20 (33-41)**	6,29	27	< .001	-0,29	27	.386	6,86	31	< .001

** Die Gruppen 17-20 (Wertebereich 33-41) wurden aufgrund der jeweils geringen Anzahl an Fällen in eine Gruppe zusammengefasst. Die Mittelwerte für die HADS-Werte liegen für T1 bei M = 35,89, für T2 bei M = 27,46 und für T3 bei M = 27,82, bei n = 32 für T1 und T3 und bei n = 28 für T2.

1.5 Wirksamkeitsanalysen – RDD

Für die folgenden RDD-Analysen wurden Patient:innen eingeschlossen, die ihre einjährige Versorgung in isPO bis März 2022 abgeschlossen haben (n = 294). Die Stichprobe übersteigt demnach den im letzten Evaluationsbericht (Oktober 2022) erwarteten Umfang von n = 191 um 103 Patient:innen. Von diesen 294 Patient:innen sind für 202 Patient:innen Daten für alle drei Befragungszeitpunkte vorliegend. Diese fließen somit in die RDD-Analysen ein.

Grundlage für die Wirksamkeitsanalyse ist die Punktebandbreite 13-16 des HADS T1. Hierbei bilden Personen mit Punktwerten von 13-14 die Kontrollgruppe (psychosoziale Versorgung auf Versorgungsstufe 2) und Personen mit Punktwerten von 15-16 die Interventionsgruppe (psychotherapeutische Versorgung auf Versorgungsstufe 3a).

Die RDD-Analysen wurden sowohl für die Veränderungen der HADS-Werte zum Zeitpunkt T1 (Zuteilungszeitpunkt, vor Intervention) zu T2 als auch von T1 zu T3 berechnet. Ermittelt wird, ob sich die zwei Regressionsgeraden der zu vergleichenden Gruppen (Kontrollgruppe vs. Interventionsgruppe) unterscheiden. Im Falle von isPO würde von einer Wirksamkeit der psychotherapeutischen Intervention gesprochen, wenn dieser Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe signifikant ausfällt, die Gerade der Interventionsgruppe also unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe liegt. Dementsprechend würde eine Diskontinuität der Regressionsgeraden am Schwellenwert ersichtlich.

Im Folgenden wird die Hauptanalyse im Sinne des Intended Treatment (wie im Forschungsantrag beschrieben) berichtet. Darauf folgend sind weitere RDD-Analysen präsentiert: Per Protocol bedeutet, es wurde kontrolliert, dass in der Interventionsgruppe nur jene Personen enthalten sind, die mindestens ein Gespräch mit einem:r Psychotherapeut:in hatten. Anschließend sind die RDD-Analysen für die Subskalen und für verschiedene Einschreibungszeiträume präsentiert.

Hauptanalyse RDD HADS T1 zu T2

Abbildung 21 stellt die Streuungen für die T1- und T2-HADS-Werte für alle Punktwerte dar. Abbildung 22 enthält zudem die Boxplots für die Bandbreite.

Für die Befragungszeitpunkte T1 und T2 zeigt sich, dass sich die Regressionsgeraden für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander unterscheiden: $B = -0,21$, $SE = 1,76$, $\beta = -0,02$, $p = .904$, $CI\ 95\ \% [-3,68, 3,26]$, $n = 198$. Hierbei geht der Sprung zwischen den Geraden leicht nach unten (0,21 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt unterhalb jener der Kontrollgruppe (Abbildung 23). Mittels RDD ist demnach kein signifikanter Interventionseffekt nachweisbar.

Die Regressionsgeraden der Kontroll- und Interventionsgruppe unterscheiden sich marginal voneinander. Demnach lassen sich nur marginale Einflussfaktoren auf die Regressionsgeraden vermuten.

Innerhalb der Interventionsgruppe ist eine relativ flache, positive Steigung erkennbar. Personen mit einem HADS T1 von 16 scheinen vermutlich mehr von der Intervention zu profitieren als Personen mit einem HADS-T1-Wert von 15.

Die Regressionsgerade der Kontrollgruppe ist sehr flach. Personen mit einem HADS-T1-Wert von 14 scheinen im Vergleich zu Personen mit einem HADS-T1-Wert von 13 vermutlich stärker vom isPO-Programm zu profitieren.

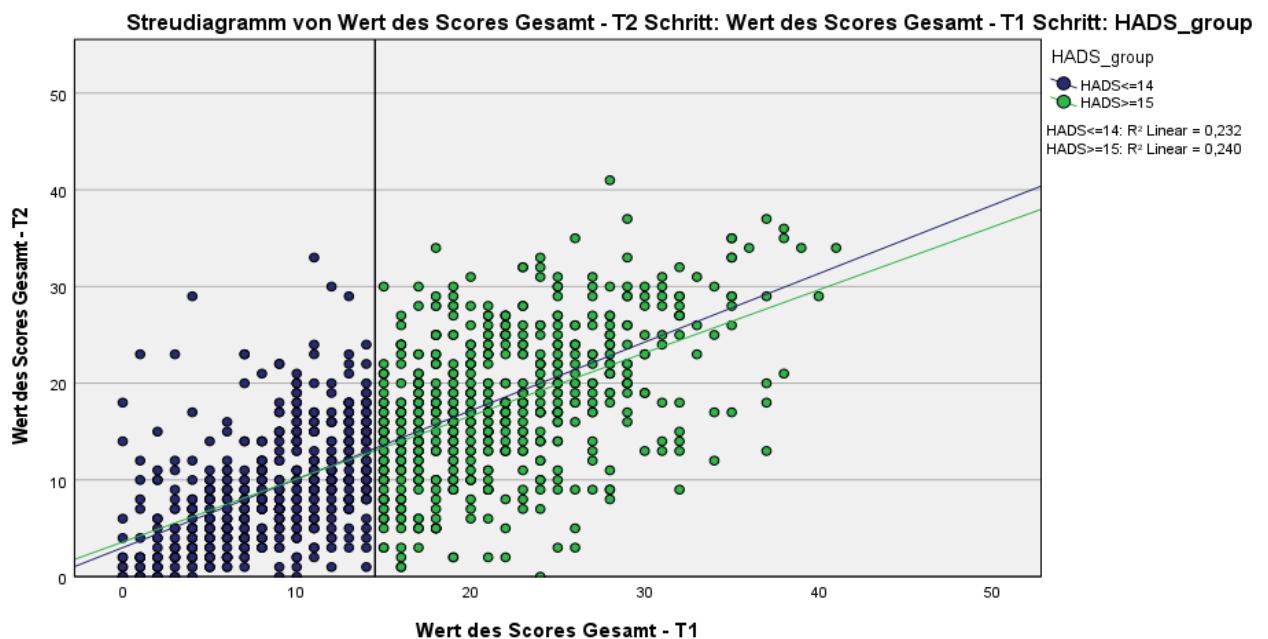


Abbildung 21. Streudiagramm des HADS T2 nach HADS T1

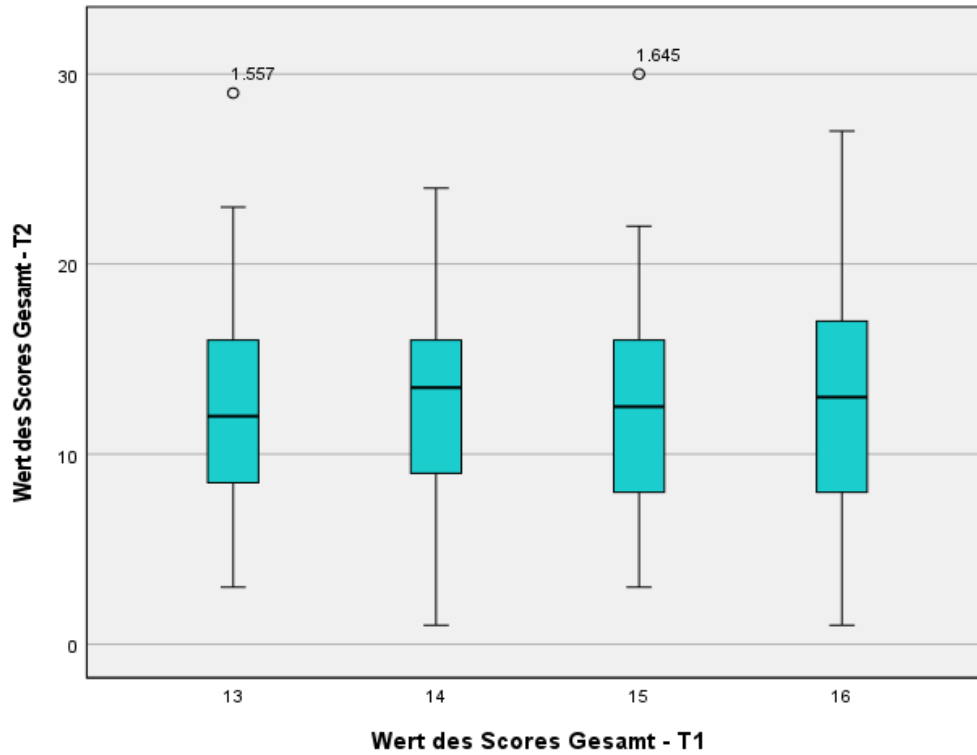


Abbildung 22. Boxplot-Diagramm für HADS T1 und T2 der wirksamkeitsrelevanten Bandbreite

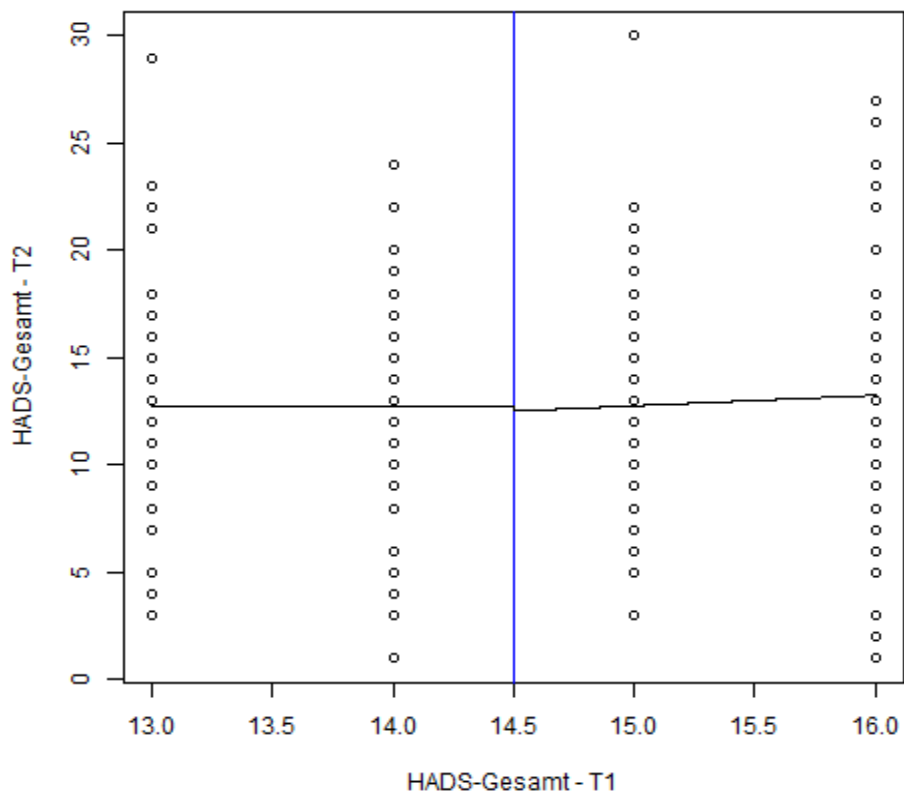


Abbildung 23. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu T2

Hauptanalyse RDD HADS T1 zu T3

Abbildung 24 stellt die Streuungen für die T1- und T3-HADS-Werte für alle Punktwerte dar. Abbildung 25 enthält zudem die Boxplots für die Bandbreite.

Die Regressionsgeraden unterscheiden sich für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander: $B = 0,68$, $SE = 2,05$, $\beta = 0,05$, $p = .742$, $CI\ 95\ % [-3,37, 4,72]$, $n = 202$. Hierbei geht der Sprung zwischen den Geraden leicht nach oben (0,68 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt über jener der Kontrollgruppe (Abbildung 26). Mittels RDD ist demnach kein signifikanter Interventionseffekt nachweisbar.

Auffallend ist, dass die Geraden jeweils unterschiedliche Steigungen haben. Die Steigungen der Regressionsgeraden lassen somit Einflussfaktoren vermuten.

In der Interventionsgruppe erkennt man eine leicht positive Steigung. Dies deutet darauf hin, dass Personen in dieser Gruppe mit einem HADS T1 von 16 vermutlich mehr von der Intervention profitieren als Personen mit einem HADS-T1-Wert von 15.

In der Kontrollgruppe hingegen weist die Regressionsgerade eine flache und leicht negative Steigung auf. Dies liefert Hinweise darauf, dass Personen mit einem HADS-T1-Wert von 13 vermutlich weniger von der Versorgung profitieren als jene mit einem HADS-T1-Wert von 14.

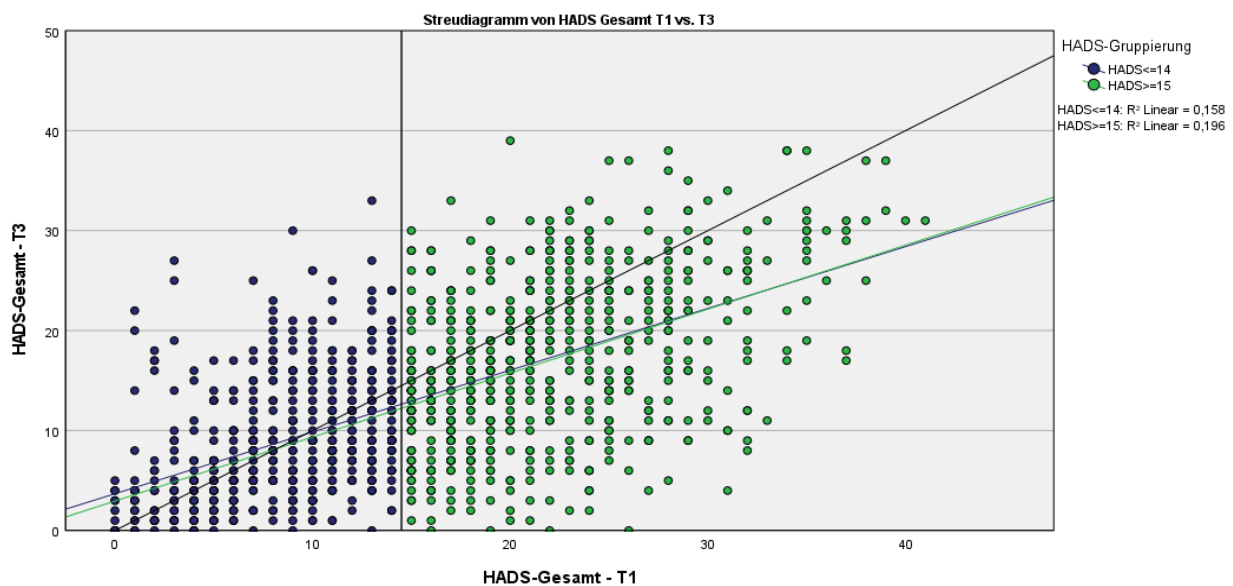


Abbildung 24. Streudiagramm des HADS T1 zu HADS T3

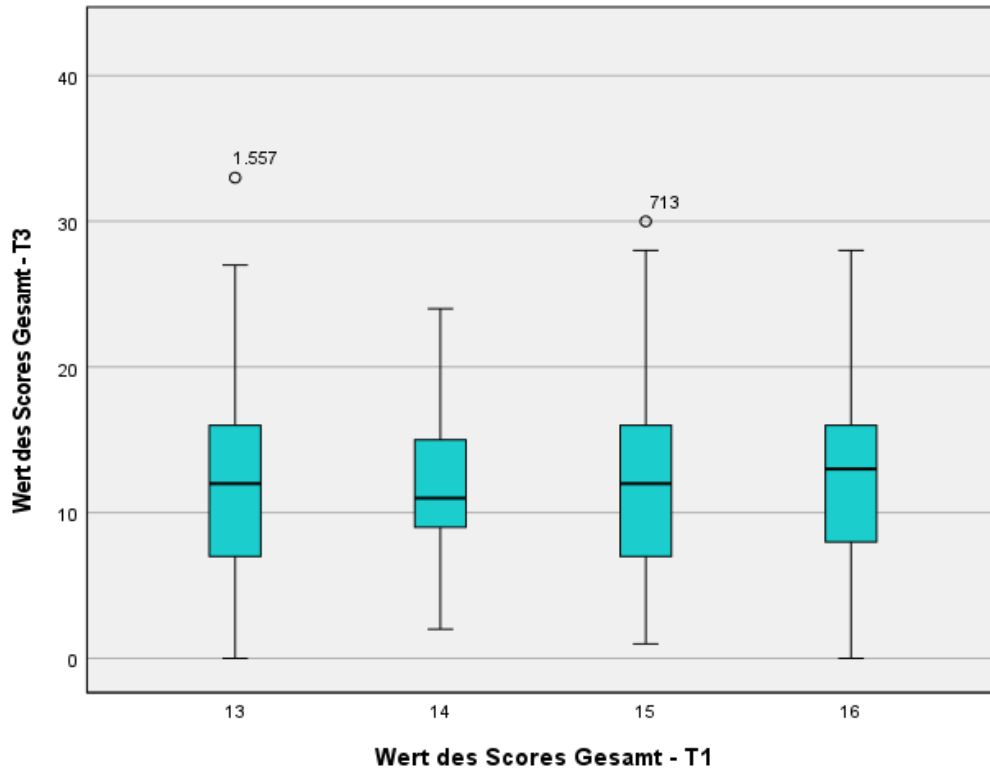


Abbildung 25. Boxplot-Diagramm für HADS T1 und T3 der wirksamkeitsrelevanten Bandbreite

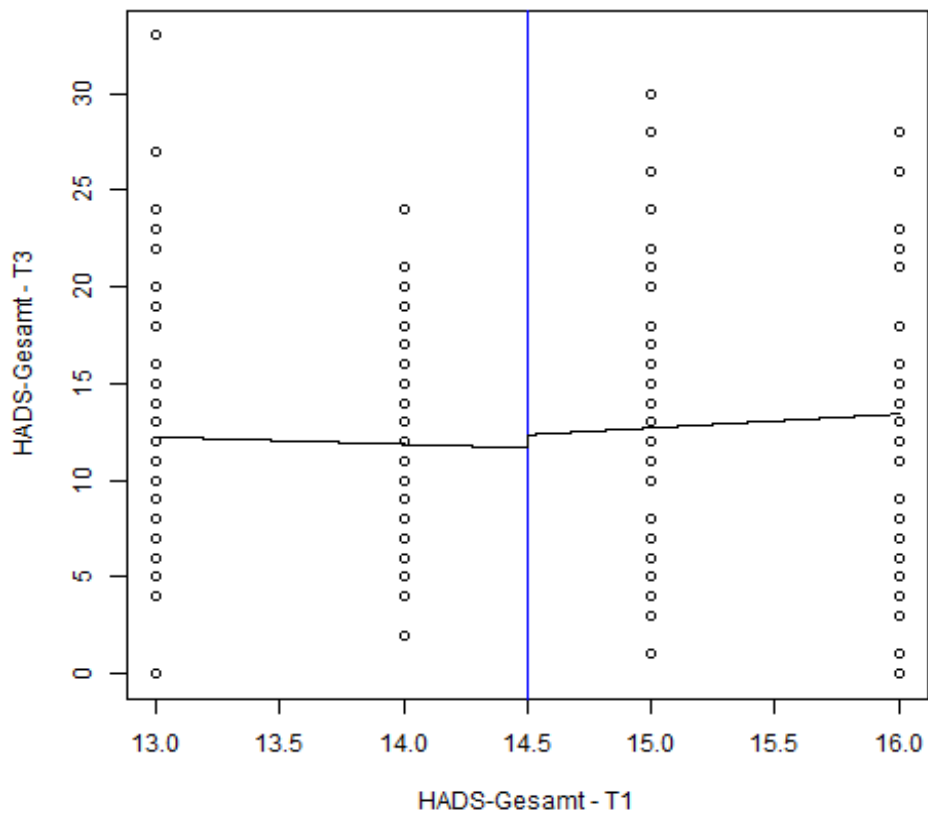


Abbildung 26. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu T3

Wenn auch hier die Ergebnisse der RDD-Analysen keinen signifikanten Interventionseffekt aufzeigen, so ist darüber hinaus mittels deskriptiver Auswertungen erkennbar, dass sich die Reduktion der HADS-Werte von T1 zu T2 zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe dennoch unterschiedlich gestaltet (Abbildung 18 in Kapitel 1.3). Die Verbesserung der HADS-Werte der Interventionsgruppe von T1 zu T2 scheint größer zu sein als jene in der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied wird grafisch noch deutlicher, wenn alle Patient:innen unter und über dem Schwellenwert betrachtet werden (Abbildung 16 in Kapitel 1.2).

RDD HADS T1 zur HADS-Subskala Angst T2 (Per Protocol)

Die Regressionsgeraden unterscheiden sich für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander: $B = 0,32$, $SE = 1,00$, $\beta = 0,05$, $p = .752$, $CI\ 95\ \% [-1,65, 2,29]$. Hierbei geht der Sprung zwischen den Geraden leicht nach oben (0,32 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt über jener der Kontrollgruppe (Abbildung 27). Mittels RDD ist demnach kein signifikanter Interventionseffekt hinsichtlich der Subskala Angst zu T2 nachweisbar.

Auch zu T3 weisen die Gruppen (Kontrolle und Intervention) unterschiedliche Steigungen der Regressionsgeraden auf. Dies lässt Einflussfaktoren vermuten.

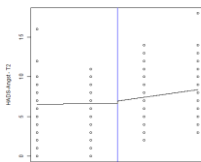


Abbildung 27. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zur HADS-Subskala Angst T2

RDD HADS T1 zur HADS Subskala Angst T3 (Per Protocol)

Die Regressionsgeraden unterscheiden sich für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander: $B = 0,66$, $SE = 1,16$, $\beta = 0,09$, $p = .574$, $CI\ 95\% [-1,64, 2,95]$. Hierbei geht der Sprung zwischen den Geraden leicht nach oben (0,66 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt über jener der Kontrollgruppe (Abbildung 28). Im Vergleich zur RDD-Analyse von T1 zu T2 zeigt sich hiermit ein größerer Sprung. **Mittels RDD ist demnach kein signifikanter Interventionseffekt hinsichtlich der Subskala Angst zu T3 nachweisbar.**

Auch zu T3 weisen die Gruppen (Kontrolle und Intervention) unterschiedliche Steigungen der Regressionsgeraden auf. Dies lässt Einflussfaktoren vermuten.

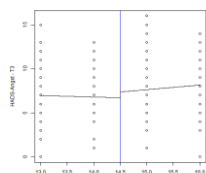


Abbildung 28. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zur HADS-Subskala Angst T3

RDD HADS T1 zur HADS-Subskala Depression T2 (Per Protocol)

Die Regressionsgeraden unterscheiden sich für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander: $B = -0,90$, $SE = 1,06$, $\beta = -0,15$, $p = .395$, $CI\ 95\% [-2,99, 1,19]$. Hierbei ist zwischen den zwei Geraden ein Sprung ersichtlich (-0,90 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe (Abbildung 29). Im Vergleich zur Subskala Angst scheint die Interventionsgruppe in Bezug auf eine Reduktion der depressiven Symptomatik mehr zu profitieren. **Dennoch zeigt sich mittels RDD kein signifikanter Interventionseffekt hinsichtlich der Subskala Depression zu T2.**

Auch zu T3 weisen die Gruppen (Kontrolle und Intervention) unterschiedliche Steigungen der Regressionsgeraden auf. Dies lässt Einflussfaktoren vermuten.

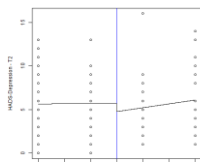


Abbildung 29. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zur HADS-Subskala Depression T2

RDD HADS T1 zur HADS Subskala Depression T3 (Per Protocol)

Die Regressionsgeraden unterscheiden sich für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander: $B = -0,64$, $SE = 1,31$, $\beta = -0,08$, $p = .625$, $CI\ 95\% [-3,23, 1,95]$. Hierbei ist zwischen den zwei Geraden ein Sprung ersichtlich (0,64 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt unterhalb der Geraden der Kontrollgruppe (Abbildung 30). Wie zu T2 scheint auch zu T3 im Vergleich zur Subskala Angst die Interventionsgruppe in der depressiven Symptomatik mehr von der Versorgung zu profitieren. **Dennoch zeigt sich mittels RDD kein signifikanter Interventionseffekt hinsichtlich der Subskala Depression zu T3.**

Auch zu T3 weisen die Gruppen (Kontrolle und Intervention) unterschiedliche Steigungen der Regressionsgeraden auf. Dies lässt Einflussfaktoren vermuten.

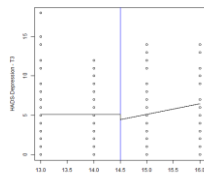


Abbildung 30. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zur HADS-Subskala Depression T3

RDD HADS T1 zu HADS T3 für den Einschreibungszeitraum Januar bis einschl. November 2019 (frühe Implementierungsphase) (Per Protocol)

Mit Blick auf die Projektphasen zeigt sich für die frühe Implementierungsphase, dass sich die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander unterscheiden: $B = 2,16$, $SE = 4,31$, $\beta = 1,75$, $p = .619$, $CI\ 95\% [-6,54, 10,86]$. Hierbei geht der Sprung zwischen den Geraden nach oben (2,16 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt über jener der Kontrollgruppe (Abbildung 31). Mittels RDD ist damit auch kein signifikanter Interventionseffekt für die Kohorte Januar bis November 2019 (frühe Implementierungsphase) nachweisbar.

Die Steigungen der Regressionsgeraden sind auch in dieser Analyse unterschiedlich. Dies lässt Einflussfaktoren vermuten.

In der Interventionsgruppe zeichnet sich ab, dass zu T1 höher belastete Patient:innen vermutlich deutlich mehr von der Intervention profitieren. In der Kontrollgruppe hingegen sind kaum Unterschiede in der Reduktion des HADS zu T3 für Patient:innen mit einem Ausgangswert HADS T1 von 13 vs. 14 erkennbar.

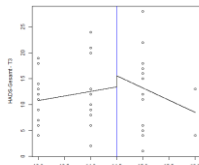


Abbildung 31. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu HADS T3 für die Kohorte Januar bis November 2019

RDD HADS T1 zu HADS T3 für den Einschreibungszeitraum Dezember 2019 bis einschl. Februar 2020 (Normalisierungsphase) (Per Protocol)

Die Regressionsgeraden unterscheiden sich für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander: $B = 3,47$, $SE = 5,67$, $\beta = 0,25$, $p = .545$, $CI\ 95\ \% [-816, 15,10]$. Hierbei geht der Sprung zwischen den Geraden nach oben (3,47 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt über jener der Kontrollgruppe (Abbildung 32). Mittels RDD ist kein signifikanter Interventionseffekt für die Kohorte Dezember 2019 bis Februar 2020 (Normalisierungsphase) nachweisbar.

Die Steigungen der Regressionsgeraden sind auch in dieser Analyse zwischen den Gruppen (Kontrolle und Intervention) unterschiedlich. Dies lässt Einflussfaktoren vermuten. Im Vergleich zum Einschreibzeitraum bis einschl. November 2019 ist der größte Unterschied die Umkehr in der Steigung der Regressionsgeraden der Kontrollgruppe.

In der Kontrollgruppe profitieren niedrig Belastete mit einem HADS-T1-Wert von 13 mit Blick auf T3 vermutlich weniger von der Versorgung bzw. höher Belastete mit einem HADS-T1-Wert von 14 mehr. In der Interventionsgruppe reduziert sich bei den niedriger Belasteten (15) der HADS-Wert von T1 zu T3 über die Zeit, während sich der Wert für die höher Belasteten nicht zu verändern scheint.

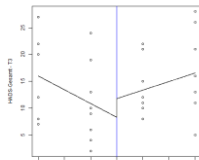


Abbildung 32. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu HADS T3 für die Kohorte Dezember 2019 bis Februar 2020

RDD HADS T1 zu HADS T3 für den Einschreibungszeitraum ab März 2020 (Corona-Pandemie-Phase) (Per Protocol)

Die Regressionsgeraden unterscheiden sich für die Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant voneinander: $B = -0,90$, $SE = 3,17$, $\beta = -0,07$, $p = .777$, $CI\ 95\ \% [-7,19, 5,39]$. Hierbei geht der Sprung zwischen den Geraden leicht nach unten (0,90 Punkte), d. h. die Gerade der Interventionsgruppe liegt unterhalb jener der Kontrollgruppe (Abbildung 33

). Obwohl dieser Sprung in die für einen Treatment-Effekt „richtige“ Richtung weist, ist **mittels RDD kein signifikanter Interventionseffekt für die Kohorte ab März 2020 (Corona-Pandemie-Phase & Normalisierungsphase) nachweisbar.**

Die Steigungen der Regressionsgeraden sind auch in dieser Analyse leicht unterschiedlich. Dies lässt Einflussfaktoren vermuten.

In der Interventionsgruppe ist eine positive Steigung erkennbar, wobei diejenigen mit einem HADS-Wert zu T1 von 15 ähnlich von der Intervention zu profitieren scheinen wie jene mit einem HADS-Wert zu T1 von 16.

Die Regressionsgerade der Kontrollgruppe ist hingegen sehr flach. Personen mit einem höheren HADS-T1-Wert (14) scheinen im Vergleich zu Personen mit einem niedrigeren HADS-T1-Wert (13) mehr von der Intervention zu profitieren.

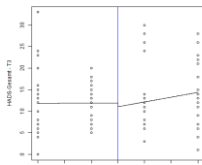


Abbildung 33. Grafische Darstellung der Regressions-Diskontinuitäts-Analyse für HADS T1 zu HADS T3 für die Kohorte ab März 2020 (Per Protocol)

1.6 Sekundäre Analysen zum primären Outcome

Zur Einbettung der Ergebnisse der dargelegten Wirksamkeitsanalysen entsprechend des RDD wurden sekundäre Analysen durchgeführt, zum einen in Form gemischter Modelle (Fragestellungen 1-12) und zum anderen univariate bzw. multivariate Regressionanalysen und t-Tests (Fragestellungen 13-27). Hierbei wurde nicht nur das HADS-Werte-Intervall von 13-16 betrachtet, sondern alle isPO-Teilnehmenden wurden eingeschlossen, die ihre 12-monatige Versorgung im isPO-Programm abgeschlossen haben.

Fragestellung (POut-FS) 1 – Soziodemografie

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zur Soziodemografie beläuft sich auf $n = 1358$ Patient:innen. Tabelle 13 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben der Erhebungszeitpunkt und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Je höher der HADS-Gesamt-T1-Wert, desto höher der HADS über die Zeit ($\beta = 0,68$).

Tabelle 13. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 1 (Soziodemografie)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
Geschlecht	1	1313,29	2,81	.094
HADS-Gruppe*	1	1312,20	2,62	.106
Erhebungszeitpunkt	1	1098,59	11,29	< .001
Bildungsstatus nach ISCED	5	1317,87	2,23	.050
Erwerbstätigkeit	7	1297,99	1,18	.312
Alter in Jahren	1	1317,97	0,24	.627
HADS-Gesamt T1	1	1320,13	458,32	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	1098,26	3,16	.076

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; * dichotom kodiert: 0 = HADS \leq 14; 1 = HADS \geq 15

Obwohl sich der Interaktionsterm aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt im Typ-III-Test nicht als signifikanter Einflussfaktor erwiesen hat, ist beobachtbar, dass sich der HADS-Wert von T2 zu T3 in den beiden HADS-Gruppen unterschiedlich bedeutsam verändert. **Nur für die HADS-Gruppe \geq 15 zeigt sich in den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten für die HADS-Gruppe \geq 15 ($p < .001$). Dabei sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 0,92; Hinweis: ein positiver Differenzwert weist auf eine Reduktion des HADS zwischen den Erhebungszeitpunkten hin) (Tabelle 14). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.**

Tabelle 14. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 1 (Soziodemografie)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
	2	3					Min	Max
HADS \leq 14	2	3	0,28	0,26	1091,32	.280	-0,23	0,80
HADS \geq 15	2	3	0,92	0,24	1106,69	< .001	0,44	1,40

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 2 – Erkrankungen

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zu Erkrankungen beläuft sich auf n = 593 Patient:innen. Tabelle 15 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar. **Demnach haben der Erhebungszeitpunkt und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Je höher der HADS-Gesamt-T1-Wert, desto höher der HADS über die Zeit ($\beta = 0,65$).**

Tabelle 15. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 2 (Erkrankungen)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	571,69	2,38	.123
Erhebungszeitpunkt	1	490,54	5,30	.022
Tumorentität	15	556,69	0,86	.611
Ausrichtung der medizinischen Krebsbehandlung ^b	2	574,83	0,34	.713
Chronische Erkrankungen ^c	1	567,14	2,90	.089
Schwerbehinderung ^c	1	566,86	1,95	.163
HADS-Gesamt T1	1	573,45	190,92	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	490,48	0,85	.357

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; ^bAusprägungen: kurativ, palliativ, unklar; ^cdichotom kodiert: 0 = nein; 1 = ja

Obwohl sich der Interaktionsterm aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt im Typ-III-Test nicht als signifikanter Einflussfaktor erwiesen hat, ist beobachtbar, dass sich der HADS-Wert von T2 zu T3 in den beiden HADS-Gruppen unterschiedlich bedeutsam verändert. **Nur für die HADS-Gruppe ≥ 15 zeigt sich in den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten ($p < .001$). Dabei sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 0,99) (Tabelle 16). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.**

Tabelle 16. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 2 (Erkrankungen)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
	2	3					Min	Max
HADS ≤ 14	2	3	2,431	1,41	490,54	.101	-0,45	5,08
HADS ≥ 15	2	3	0,99	0,28	489,89	< .001	0,43	1,55

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 3 – Gesundheitszustand (Baseline)

Das Baseline-Modell zum Gesundheitszustand berücksichtigt neben den anderen unabhängigen Variablen den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu T1. (Gesundheitszustand und Gesundheitsbezogene Lebensqualität können Werte zwischen 1 = sehr schlecht und 7 = ausgezeichnet annehmen.) Im nachfolgenden Modell Baseline & Follow-up geht außerdem der Erhebungszeitpunkt T3 ein. Die Stichprobengröße für das gemischte Modell beläuft sich auf n = 1337 Patient:innen. Tabelle 17 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben Gesundheitszustand über die Zeit, Gesundheitsbezogene Lebensqualität über die Zeit, Gesundheitsbezogene Lebensqualität zu T1, der HADS-Gesamtwert zu T1 sowie die Interaktion aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Dabei sind die Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand über die Zeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu T1 negativ (je höher deren Wert, desto niedriger der HADS über die Zeit) ($\beta = -1,65$ bzw. $\beta = -0,22$). Die Zusammenhänge mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über die Zeit und dem HADS zu T1 sind positiv (je höher deren Wert, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,92$ bzw. $\beta = 0,46$).

Tabelle 17. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 3 (Gesundheitszustand – Baseline)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	1240,66	0,12	.730
Erhebungszeitpunkt	1	1094,54	1,11	.293
Gesundheitszustand über die Zeit	1	2246,35	379,92	< .001
Gesundheitsbezogene Lebensqualität über die Zeit	1	2289,35	241,51	< .001
Gesundheitszustand T1	1	1318,04	0,77	.381
Gesundheitsbezogene Lebensqualität T1	1	1426,75	11,23	< .001
HADS-Gesamt T1	1	1291,30	279,58	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	1071,95	7,18	.007

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Marginal Means der kategorialen unabhängigen Variablen mit signifikanten festen Effekten betrachtet. Dies betrifft für das Modell Gesundheitszustand – Baseline den Interaktionsterm HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt.

Dies bedeutet, dass sich der HADS-Wert von T2 zu T3 in den beiden HADS-Gruppen unterschiedlich bedeutsam verändert. **Hierbei steigt der HADS-Marginal-Mean der HADS-Gruppe ≤ 14 von T2 zu T3, während er für die HADS-Gruppe ≥ 15 von T2 zu T3 sinkt. Der Unterschied ist nur für die HADS-Gruppe ≤ 14 signifikant (Tabelle 18). Dies deutet auf ein höher werdendes Belastungserleben für eingangs niedrigbelastete Patient:innen hin.**

Tabelle 18. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 3 (Gesundheitszustand – Baseline)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS ≤ 14	2	3	-0,62	0,24	1071,06	.011	-1,09	-0,14
HADS ≥ 15	2	3	0,26	0,23	1097,18	.244	-0,18	0,71

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 3 – Gesundheitszustand (Baseline & Follow-up)

Das Modell Baseline & Follow-up zum Gesundheitszustand berücksichtigt neben den anderen unabhängigen Variablen den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowohl zu T1 als auch zu T3. In das obige Baseline-Modell ist nur der Erhebungszeitpunkt T1 eingeflossen. Die Stichprobengröße für das gemischte Modell beläuft sich auf n = 1224 Patient:innen. **Gleich dem Baseline-Modell haben Gesundheitszustand über die Zeit, Gesundheitsbezogene Lebensqualität über die Zeit, Gesundheitsbezogene Lebensqualität zu T1, der HADS-Gesamtwert zu T1 sowie die Interaktion aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3.**

Dabei sind die Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand über die Zeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu T1 negativ (je höher deren Wert, desto niedriger der HADS über die Zeit). **Die Zusammenhänge mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über die Zeit und dem HADS zu T1 sind positiv** (je höher deren Wert, desto höher der HADS über die Zeit).

Die hinzugekommenen Variablen Gesundheitszustand zu T3 und Gesundheitsbezogene Lebensqualität zu T3 weisen keine signifikanten Zusammenhänge auf (Tabelle 19).

Tabelle 19. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 3 (Gesundheitszustand – Baseline & Follow-up)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	1138,70	1,02	.312
Erhebungszeitpunkt	1	828,02	0,84	.360
Gesundheitszustand über die Zeit	1	1136,15	214,94	< .001
Gesundheitsbezogene Lebensqualität über die Zeit	1	1255,38	155,97	< .001
Gesundheitszustand T1	1	1173,90	0,09	.762
Gesundheitsbezogene Lebensqualität T1	1	1250,98	7,63	.006
HADS-Gesamt T1	1	1161,92	212,80	< .001

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
Gesundheitszustand T3	1	977,44	1,57	.210
Gesundheitsbezogene Lebensqualität T3	1	963,24	0,01	.908
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	826,77	12,82	< .001

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15

***P*Out-FS 4 – Psychische Vorbelastung**

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zu psychischen Vorbelastungen beläuft sich auf n = 49 Patient:innen. **Nach den Ergebnissen der Typ-III-Tests zu den festen Effekten hat der HADS-Gesamtwert zu T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3 ($p < .001$). Dieser Einfluss ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,49$).** Die psychische Vorbelastung, gemessen anhand von Vordiagnosen, der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen und des Erhalts von Arzneimittelrezepten innerhalb vier Quartale vor Einschreibung in isPO, zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3.

***P*Out-FS 5 – Individuelle Risikofaktoren**

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zu individuellen Risikofaktoren beläuft sich auf n = 1274 Patient:innen. Tabelle 20 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen Erhebungszeitpunkt, Gefährdung der finanziellen Sicherheit und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,66$).

Tabelle 20. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 5 (Individuelle Risikofaktoren)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	1240,77	3,47	.063
Erhebungszeitpunkt	1	1037,52	8,27	.004
Haushalt	3	1223,66	0,32	.814
Partnerschaft	2	1234,52	0,05	.952
Anzahl der Personen im Haushalt	1	1256,31	0,41	.524
Alleinerziehend ^b	1	1291,27	1,75	.186
Pflegebedürftige Personen im Haushalt ^b	1	1217,55	0,63	.428
Sprachprobleme ^b	1	1278,04	2,65	.104
Gefährdung der finanziellen Sicherheit ^b	1	1242,29	12,18	< .001
HADS-Gesamt T1	1	1248,15	404,59	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	1037,11	2,89	.089

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; ^bdichotom kodiert: 0 = nein; 1 = ja

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Marginal Means der kategorialen unabhängigen Variablen mit signifikanten festen Effekten betrachtet. Für das Modell der individuellen Risikofaktoren betrifft dies den Erhebungszeitpunkt und die Gefährdung der finanziellen Sicherheit.

Für den Erhebungszeitpunkt ist der HADS-Marginal Mean zu T3 niedriger als zu T2. Dieser Unterschied ist signifikant: M-Differenz T2-T3 = 0,50; SE = 0,24; df = 612,74; p = .038; 95 % CI [0,03; 0,97]. Dies deutet auf die Reduktion des Belastungserlebens unter Kontrolle individueller Risikofaktoren hin.

Patient:innen, deren finanzielle Sicherheit durch die Krebserkrankung gefährdet ist, weisen einen höheren HADS-Marginal Mean auf als Patient:innen mit finanzieller Sicherheit. Dieser Unterschied ist signifikant: M-Differenz = 1,24; SE = 0,36; df = 1242,29; p < .001; 95 % CI [-1,944; -0,55]. Dies deutet auf ein höheres Belastungserleben bei Gefährdung der finanziellen Sicherheit durch die Krebserkrankung hin.

Obwohl sich der Interaktionsterm aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt im Typ-III-Test nicht als signifikanter Einflussfaktor erwiesen hat, ist beobachtbar, dass sich der HADS-Wert von T2 zu T3 in den beiden HADS-Gruppen unterschiedlich bedeutsam verändert. **Nur für die HADS-Gruppe ≥ 15 zeigt sich in den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten (p < .001).** Dabei sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 0,84) (Tabelle 21). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.

Tabelle 21. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 5 (Individuelle Risikofaktoren)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
							Min	Max
HADS ≤ 14	2	3	0,22	0,27	1030,15	.423	-0,31	0,75
HADS ≥ 15	2	3	0,84	0,25	1045,69	< .001	0,35	1,34

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 6 – Organisationsbezogene Faktoren

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zu organisationsbezogenen Faktoren beläuft sich auf n = 1407 Patient:innen. Tabelle 22 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen Erhebungszeitpunkt, Versorgungsnetzwerk, HADS-Gesamt T1 sowie die Interaktion aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,68$).

Tabelle 22. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 6 (Organisationsbezogene Faktoren)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	1371,86	2,89	.089
Erhebungszeitpunkt	1	1139,54	14,03	< .001
Versorgungsnetzwerk	3	1350,74	2,72	.043
Zuweisende Organisationsform	1	1351,32	1,62	.204
HADS-Gesamt T1	1	1384,38	484,45	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	1139,21	5,02	.025

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Marginal Means der kategorialen unabhängigen Variablen mit signifikanten festen Effekten betrachtet. Dies betrifft für das Modell Organisationsbezogene Faktoren den Erhebungszeitpunkt, das Versorgungsnetzwerk und die Interaktion aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt.

Für den Erhebungszeitpunkt ist der HADS-Marginal Mean zu T3 niedriger als zu T2. Dieser Unterschied ist signifikant: M-Differenz T2-T3 = 0,66; SE = 0,18; df = 1139,54; p < .001; 95 % CI [0,31; 1,00]. Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens unter Kontrolle organisationsbezogener Faktoren hin.

Im Vergleich der HADS-Marginal Means zwischen den Versorgungsnetzwerken ist dieser für das Versorgungsnetzwerk 2 stets signifikant höher als in den drei anderen Netzwerken (Tabelle 23). Alle weiteren Netzwerkvergleiche sind nicht statistisch bedeutsam.

Tabelle 23. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen Versorgungsnetzwerk – Fragestellung 6 (Organisationsbezogene Faktoren)

Versorgungsnetzwerk		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI Min	95 % CI Max
VN 2	VN 1	1,36	0,59	1333,05	.020	0,21	2,52
	VN 3	1,48	0,57	1360,71	.010	0,36	2,59
	VN 4	1,01	0,46	1354,37	.021	0,16	1,97

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

In den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen der Interaktion von HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt zeigt sich, dass sich der HADS der beiden HADS-Gruppen von T2 zu T3 unterschiedlich bedeutsam verändert. **Nur für die HADS-Gruppe ≥ 15 zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten ($p < .001$). Dabei sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 1,05) (Tabelle 24). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.**

Tabelle 24. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 6 (Organisationsbezogene Faktoren)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS ≤ 14	2	3	0,26	0,26	1131,16	.305	-0,24	0,77
HADS ≥ 15	2	3	1,05	0,24	1148,93	< .001	0,58	1,51

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

***P*Out-FS 7 – Belastung / Unterstützungsbedarf**

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zur Belastung und zum Unterstützungsbedarf beläuft sich auf $n = 182$ Patient:innen. (Der subjektive Hilfebedarf kann Werte zwischen 2 und 10 annehmen, wobei ein höherer Wert für einen höheren subjektiven Hilfebedarf steht.) Tabelle 25 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben der subjektive Hilfebedarf über die Zeit und der HADS-Gesamtwert zu T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Dieser ist jeweils positiv (je höher der Hilfebedarf bzw. der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 1,32$ bzw. $\beta = 0,52$).

Tabelle 25. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 7 (Belastung / Unterstützungsbedarf)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	0	.	.	.
Erhebungszeitpunkt	1	169,37	0,02	.900
Versorgungsstufe	1	188,33	2,50	.115
Klinischer Schweregrad	2	171,09	0,86	.423
Grad des psychosozialen Hilfebedarfs	2	173,13	0,14	.867
Subjektiver Hilfebedarf T1	1	191,09	0,02	.879
Subjektiver Hilfebedarf über die Zeit	1	306,32	63,72	< .001
HADS-Gesamt T1	1	172,361	39,48	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	165,66	0,001	.980

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15

***P*Out-FS 8 – isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Gespräch**

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zum isPO-OL-Gespräch beläuft sich auf n = 801 Patient:innen. Tabelle 26 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen HADS-Gruppe, Erhebungszeitpunkt, Durchführung des Gesprächs durch isPO-OL, Dauer des isPO-OL-Gesprächs und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Einfluss der Dauer des isPO-OL-Gesprächs ist negativ (je länger das Gespräch, desto geringer der HADS über die Zeit) ($\beta = -0,02$). Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,67$).

Tabelle 26. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 8 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Gespräch)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	772,13	4,39	.036
Erhebungszeitpunkt	1	674,44	15,89	< .001
Mitteilung einer Anlaufstelle für Informationen ^b	1	774,55	0,02	.877
Mitteilung von Informationen zur Krebserkrankung ^b	1	768,56	0,002	.962
Besprechung offener Fragen ^b	1	774,82	0,44	.510
Durchführung des Gesprächs durch isPO-Onkolots:in ^b	1	776,89	6,56	.011
Dauer des isPO-Onkolots:innen-Gesprächs	1	780,82	4,12	.043
HADS-Gesamt T1	1	772,79	277,12	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	674,10	1,96	.162

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; ^bdichotom kodiert: 0 = nein; 1 = ja

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Marginal Means der kategorialen unabhängigen Variablen mit signifikanten festen Effekten betrachtet. Dies betrifft für das Modell isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Gespräch die HADS-Gruppe, den Erhebungszeitpunkt und die Durchführung des Gesprächs durch isPO-Onkolots:innen.

Die Gruppe mit einem HADS ≥ 15 weist einen signifikant geringeren HADS-Marginal Mean auf als die Gruppe mit einem HADS ≤ 14 (M-Differenz HADS ≤ 14-HADS ≥ 15 = 1,43; p = .036). Unter Kontrolle isPO-OL-spezifischer Faktoren haben zu T1 höherbelastete Patient:innen im Verlauf ein geringeres Belastungserleben.

Für den Erhebungszeitpunkt ist der HADS-Marginal Mean zu T3 niedriger als zu T2. Dieser Unterschied ist signifikant: M-Differenz T2-T3 = 0,93; SE = 0,23; df = 674,44; p < .001; 95 % CI [0,47; 1,39]. Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens unter Kontrolle isPO-OL-spezifischer Faktoren hin.

Für die Durchführung des Gesprächs ist der HADS-Marginal Mean höher bei Durchführung durch den:die isPO-Onkolots:in als durch andere Versorgende, z. B. durch das isPO-Case Management. Dieser Unterschied ist signifikant: M-Differenz (nicht durch isPO-Onkolots:in)-(durch isPO-Onkolots:in) = -1,12; SE = 0,44; df = 776,89; p = .011; 95 % CI [-1,98; -0,26]. Da aus den Befragungen der Versorgenden hervorgeht, dass die Dokumentation der isPO-OL-Gespräche in CAPSYS²⁰²⁰ häufig unvollständig war, ist dieses Ergebnis vorsichtig zu interpretieren.

Obwohl sich der Interaktionsterm aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt im Typ-III-Test nicht als signifikanter Einflussfaktor erwiesen hat, ist beobachtbar, dass sich der HADS-Wert

von T2 zu T3 in den beiden HADS-Gruppen unterschiedlich bedeutsam verändert. **Nur für die HADS-Gruppe ≥ 15 zeigt sich in den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten ($p < .001$). Dabei sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 1,26) (Tabelle 27). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.**

Tabelle 27. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 8 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Gespräch)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
	2	3					Min	Max
HADS ≤ 14	2	3	0,61	0,34	670,52	.077	-0,07	1,28
HADS ≥ 15	2	3	1,26	0,32	678,57	< .001	0,63	1,89

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 9 – isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Evaluation

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell zur isPO-OL-Evaluation beläuft sich auf $n = 553$ Patient:innen. **Tabelle 28** stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen Erhebungszeitpunkt und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,66$). Die Variablen zur Evaluation des isPO-Onkolots:innen-Gesprächs zeigen keinen signifikanten Einfluss.

Tabelle 28. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 9 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Evaluation)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	531,21	2,58	.109
Erhebungszeitpunkt	1	473,05	12,76	< .001
Evaluation Orientierung	5	533,53	0,54	.748
Evaluation Zuversicht	5	538,97	2,05	.070
Evaluation Umgang mit Krebserkrankung	5	532,20	1,81	.108
HADS-Gesamt T1	1	529,31	187,12	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	473,19	1,72	.190

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14 ; 1 = HADS ≥ 15

Obwohl sich der Interaktionsterm aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt im Typ-III-Test nicht als signifikanter Einflussfaktor erwiesen hat, ist beobachtbar, dass sich der HADS-Wert

von T2 zu T3 in den beiden HADS-Gruppen unterschiedlich bedeutsam verändert. **Nur für die HADS-Gruppe ≥ 15 zeigt sich in den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten ($p < .001$). Dabei sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 1,43) (Tabelle 29). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.**

Tabelle 29. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 9 (isPO-Versorgung – isPO-Onkolots:innen-Evaluation)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
	2	3					Min	Max
HADS ≤ 14	2	3	0,66	0,43	474,71	.122	-0,18	1,50
HADS ≥ 15	2	3	1,43	0,40	471,30	< .001	0,64	2,22

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

***P*Out-FS 10 – isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 1)**

Die Stichprobengröße für das erste gemischte Modell zu den PSF-Gesprächen beläuft sich auf $n = 163$ Patient:innen. Tabelle 30 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen Erhebungszeitpunkt und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,67$).

Tabelle 30. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 1))

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	153,77	0,34	.559
Erhebungszeitpunkt	1	142,06	5,10	.025
Durchschnittliche PSF-Gesprächsdauer pro Patient:in	1	158,34	0,01	.933
Anzahl PSF-Gespräche pro Patient:in	1	153,74	0,22	.642
Anteil telefonischer PSF-Gespräche pro Patient:in	1	158,61	0,91	.342
Anteil angesichtlicher PSF-Gespräche pro Patient:in	1	158,98	1,12	.291
Anteil anderer PSF-Gesprächsmodi	1	151,96	1,32	.253
Anteil PSF-Gespräche per Video	0	.	.	.
HADS-Gesamt T1	1	157,78	55,14	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	141,96	1,41	.237

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; PSF = Psychosoziale Fachkraft

***P*Out-FS 10 – isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2)**

Im Unterschied zu Modell 1 wurden die Variablen zu den Gesprächsmodi in Modell 2 entfernt und die Anzahl der PSF-Gespräche wurde in eine kategoriale Variable überführt. Die Stichprobengröße für das zweite gemischte Modell zu den PSF-Gesprächen beläuft sich auf n = 1417 Patient:innen. Tabelle 31 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen Erhebungszeitpunkt, Anzahl der PSF-Gespräche pro Patient:in (kategorial), HADS-Gesamt T1 sowie die Interaktion aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,66$).

Tabelle 31. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2))

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	1383,44	0,22	.643
Erhebungszeitpunkt	1	1151,31	13,93	< .001
Durchschnittliche PSF-Gesprächsdauer pro Patient:in	1	1373,06	2,75	.098
Anzahl PSF-Gespräche pro Patient:in (kategorial) ^b	2	1369,60	3,58	.028
HADS-Gesamt T1	1	1399,29	450,82	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	1151,25	5,48	.019

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; ^bkategorial kodiert: 0 = kein Gespräch; 1 = Gesprächszahl < 8; 2 = Gesprächszahl ≥ 8;

PSF = Psychosoziale Fachkraft

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Marginal Means der kategorialen unabhängigen Variablen mit signifikanten festen Effekten betrachtet. Dies betrifft für das Modell isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2) die Anzahl der PSF-Gespräche pro Patient:in (kategorial) und die Interaktion aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt.

Im Vergleich der HADS-Marginal Means hinsichtlich der Gesprächszahl ist dieser für die Gruppe mit ≥ 8 Gesprächen stets signifikant höher als in den beiden anderen Gruppen „kein Gespräch“ und „weniger als acht Gespräche“ (Tabelle 32). Alle weiteren Vergleiche sind nicht statistisch bedeutsam.

Tabelle 32. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen Anzahl der PSF-Gespräche pro Patient:in (kategorial) – Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2))

Anzahl der PSF-Gespräche (kategorial)		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI Min	95 % CI Max
≥ 8	kein Gespräch	2,51	1,09	1373,27	.022	0,37	4,66
	< 8	2,24	0,85	1369,07	.008	0,59	3,90

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

In den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen der Interaktion von HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten für die HADS-Gruppe ≥ 15 ($p < .001$). Dabei ist der HADS-Wert zum Zeitpunkt T3 geringer als zu T2 (M-Differenz = 1,06) (Tabelle 33). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.

Tabelle 33. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 10 (isPO-Versorgung – PSF-Gespräche (Modell 2))

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
	2	3					Min	Max
HADS ≤ 14	2	3	0,24	0,26	1143,42	.342	-0,26	0,74
HADS ≥ 15	2	3	1,06	0,24	1160,36	< .001	0,59	1,52

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 11 – isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 1)

Die Stichprobengröße für das erste gemischte Modell zu den PT-Gesprächen beläuft sich auf n = 617 Patient:innen. Tabelle 34 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen Erhebungszeitpunkt und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Dieser ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,63$). Die PT-Gesprächsdauer, die Anzahl an PT-Gesprächen und der Anteil der jeweiligen Gesprächsmodi zeigen keinen signifikanten Einfluss.

Tabelle 34. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 11 (isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 1))

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	583,25	3,26	.072
Erhebungszeitpunkt	1	495,83	8,52	.004
Durchschnittliche PT-Gesprächsdauer pro Patient:in	1	601,71	0,03	.862
Anzahl PT-Gespräche pro Patient:in	1	583,61	0,54	.464
Anteil telefonischer PT-Gespräche pro Patient:in	1	594,47	1,58	.209
Anteil angesichtlicher PT-Gespräche pro Patient:in	1	597,94	2,23	.136
Anteil anderer PT-Gesprächsmodi	1	581,83	0,04	.841
Anteil PT-Gespräche per Video	1	584,80	1,41	.236
HADS-Gesamt T1	1	604,89	195,14	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	495,86	1,89	.170

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
<i>Anmerkung.</i> Abhängige Variable: HADS; ^a dichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; PT = Psychotherapeut:in				

***P*Out-FS 11 – isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 2)**

Im Unterschied zu Modell 1 wurden in Modell 2 die Variablen zu den Gesprächsmodi entfernt und die Anzahl der PT-Gespräche wurde in eine kategoriale Variable überführt. Die Stichprobengröße für das zweite gemischte Modell zu den PT-Gesprächen beläuft sich auf n = 1417 Patient:innen. **Tabelle 35** stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen HADS-Gruppe, Erhebungszeitpunkt, durchschnittliche Gesprächsdauer pro Patient:in, HADS-Gesamt T1 und die Interaktion aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Zusammenhang der durchschnittlichen Gesprächsdauer mit dem HADS über die Zeit ist negativ (je länger die Gesprächsdauer, desto geringer der HADS über die Zeit) ($\beta = -0,01$). Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,68$). Die Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient:in zeigt sich nicht signifikant.

Tabelle 35. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 11 (isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 2))

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	1419,41	8,66	.003
Erhebungszeitpunkt	1	1148,29	13,83	< .001
Durchschnittliche PT-Gesprächsdauer pro Patient:in	1	1408,55	4,92	.027
Anzahl PT-Gespräche pro Patient:in (kategorial) ^b	2	1373,24	1,67	.189
HADS-Gesamt T1	1	1396,19	486,42	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	1148,41	5,36	.021

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; ^bkategorial kodiert: 0 = kein Gespräch; 1 = Gesprächsanzahl < 8; 2 = Gesprächsanzahl ≥ 8; PT = Psychotherapeut:in

In den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen der Interaktion von HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt zeigt sich, dass sich die HADS-Werte der beiden HADS-Gruppen von T2 zu T3 unterschiedlich bedeutsam verändern. **Dabei besteht nur für die HADS-Gruppe ≥ 15 ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten ($p < .001$). Hier sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 1,05) (Tabelle 36). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.**

Tabelle 36. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 11 (isPO-Versorgung – PT-Gespräche (Modell 2))

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
	2	3					Min	Max
HADS ≤ 14	2	3	0,24	0,26	1140,79	.338	-0,26	0,75
HADS ≥ 15	2	3	1,05	0,24	1157,08	< .001	0,59	1,52

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 12 – Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote

Die Stichprobengröße für das gemischte Modell beläuft sich auf n = 708 Patient:innen. Tabelle 37 stellt die Ergebnisse der Typ-III-Tests zu den festen Effekten der einzelnen Modellparameter dar.

Demnach haben die Variablen Erhebungszeitpunkt und HADS-Gesamt T1 einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des HADS von T1 zu T3. Der Einfluss des HADS zu T1 ist positiv (je höher der HADS zu T1, desto höher der HADS über die Zeit) ($\beta = 0,67$). Die Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote während der 12-monatigen isPO-Versorgung zeigt sich nicht als signifikant Einfluss nehmend.

Tabelle 37. Ergebnisse der Typ-III-Tests der festen Effekte der Modellparameter zu Fragestellung 12 (Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote)

Unabhängige Variable	df Zähler	df Nenner	F	p
HADS-Gruppe ^a	1	696,11	2,92	.088
Erhebungszeitpunkt	1	583,53	4,46	.035
Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote ^b	1	679,34	1,40	.237
HADS-Gesamt T1	1	700,37	250,37	< .001
HADS-Gruppe * Erhebungszeitpunkt	1	583,57	0,62	.433

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS; ^adichotom kodiert: 0 = HADS ≤ 14; 1 = HADS ≥ 15; ^bdichotom kodiert: 0 = nein; 1 = ja

Obwohl sich der Interaktionsterm aus HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt im Typ-III-Test nicht als signifikanter Einflussfaktor erwiesen hat, ist beobachtbar, dass sich der HADS von T2 zu T3 in den beiden HADS-Gruppen unterschiedlich bedeutsam verändert. **Nur für die HADS-Gruppe ≥ 15 zeigt sich in den paarweisen Marginal-Means-Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Zeitpunkten ($p < .001$).** Dabei sinkt der HADS-Wert von T2 zu T3 (M-Differenz = 1,00) (Tabelle 38). Dies deutet auf eine Reduktion des Belastungserlebens für hochbelastete Patient:innen hin.

Tabelle 38. Ergebnisse der paarweisen Marginal-Means-Vergleiche hinsichtlich der Variablen HADS-Gruppe und Erhebungszeitpunkt – Fragestellung 12 (Inanspruchnahme anderer psychologischer Unterstützungsangebote)

HADS-Gruppe	Erhebungszeitpunkt		M-Differenz	SE	df	p	95 % CI	
	2	3					Min	Max
HADS ≤ 14	2	3	2,18	1,48	583,60	.142	-0,73	5,10
HADS ≥ 15	2	3	1,00	0,27	581,86	< .001	0,48	1,52

Anmerkung. Abhängige Variable: HADS

POut-FS 13 – Zufriedenheit mit dem isPO-Case Management

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 463 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T2 13,09 (SD = 7,77) und zu T3 12,30 (SD = 7,70) beträgt. Tabelle 39 stellt den Mittelwert des Prädiktors sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 39. Deskriptive Ergebnisse – Fragestellung 13

Variablen	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in (verständnisorientierte Gesundheitskommunikation) T1*	3,33**	0,63
HADS T2	13,09	7,77
HADS T2 – Angst	7,24	4,21
HADS T2 – Depression	5,85	4,14
HADS T3	12,30	7,70
HADS T3 – Angst	6,98	4,01
HADS T3 – Depression	5,32	4,27

* Der Prädiktor wurde in der ersten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt in etwa dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T2) entspricht.
 ** bei 4 Antwortmöglichkeiten (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 4 = stimme voll und ganz zu)

Tabelle 40 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die Regressionsanalysen mit HADS T2, HADS T2 – Angst und HADS T2 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauf folgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 41).

Tabelle 40. Modellzusammenfassung Fragestellung 13 – HADS T2

Abhängige* Variable	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T2	.022	7,68	11,28	1	461	.001	2,11
HADS T2 – Angst	.012	4,19	6,47	1	461	.011	2,15
HADS T2 – Depression	.027	4,08	13,75	1	461	< .001	2,03

* Prädiktor: Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in

Tabelle 41. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 13 – HADS T2

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T2	-1,92	-0,16	-3,36	.001	-2,86	-0,98
HADS T2 – Angst	-0,79	-0,12	-2,54	.011	-1,31	-0,28
HADS T2 – Depression	-1,13	-0,17	-3,71	< .001	-1,63	-0,63

* Prädiktor: Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in

Der Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in sagt das Kriterium HADS T2 signifikant vorher, $F(1, 461) = 11,28$, $p = .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 41). Hierbei zeigt sich, dass bei steigender verständnisorientierter Gesundheitskommunikation im Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in der HADS T2 sinkt. Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .022$. Ein ähnlicher Effekt ist ebenso für die Subskalen Angst ($F(1, 461) = 6,47$, $p = .011$) und Depression ($F(1, 461) = 13,75$, $p < .001$) zu beobachten (Tabelle 40, Tabelle 41). Die Modelle haben jeweils eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .012$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .027$ für HADS – Depression.

Tabelle 42 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauf folgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 43).

Tabelle 42. Modellzusammenfassung Fragestellung 13 – HADS T3

Abhängige Variable*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T3	.037	7,56	18,57	1	461	< .001	2,21
HADS T3 – Angst	.027	3,96	13,96	1	461	< .001	2,24
HADS T3 – Depression	.035	4,20	17,97	1	461	< .001	2,12

* Prädiktor: Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in

Tabelle 43. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 13 – HADS T3

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T3	-2,425	-0,20	-4,31	< .001	-3,35	-1,50
HADS T3 – Angst	-1,10	-0,17	-3,74	< .001	-1,59	-0,62
HADS T3 – Depression	-1,32	-0,19	-4,24	< .001	-1,84	-0,81

* Prädiktor: Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in

Der Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(1, 461) = 18,57$, $p < .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 43). **Hierbei zeigt sich, dass bei steigender verständnisorientierter Gesundheitskommunikation im Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in der HADS T3 sinkt.** Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .037$. Der Prädiktor scheint im Vergleich zum signifikanten Einfluss auf HADS T2 einen leicht größeren Einfluss auf den HADS T3 zu haben. **Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(1, 461) = 13,96$, $p < .001$) und Depression ($F(1, 461) = 17,97$, $p < .001$) zu beobachten** (Tabelle 42, Tabelle 43). Die Modelle haben jeweils eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .027$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .035$ für HADS – Depression.

***P*Out-FS 14 – Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch**

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 361 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T2 13,04 (SD = 7,96) und zu T3 12,37 (SD = 7,95) beträgt. Tabelle 44 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 44. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 14

Variablen	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Zufriedenheit insgesamt T1*	3,44**	0,55
HADS T2	13,04	7,96
HADS T2 – Angst	7,28	4,31
HADS T2 – Depression	5,76	4,16
HADS T3	12,37	7,95
HADS T3 – Angst	6,99	4,12
HADS T3 – Depression	5,38	4,34

* Der Prädiktor wurde in der ersten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T2) entspricht.

** bei 4 Antwortmöglichkeiten (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 4 = stimme voll und ganz zu)

Tabelle 45 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die Regressionsanalysen mit HADS T2, HADS T2 – Angst und HADS T2 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Jeweils folgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 46).

Tabelle 45. Modellzusammenfassung Fragestellung 14 – HADS T2

Abhängige* Variable	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T2	.022	7,88	9,05	1	359	.003	2,11
HADS T2 – Angst	.016	4,28	6,78	1	359	.010	2,14
HADS T2 – Depression	.022	4,11	9,28	1	359	.002	2,08

* Prädiktor: Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch

Tabelle 46. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 14 – HADS T2

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T2	-2,250	-0,16	-3,01	.003	-3,48	-1,02
HADS T2 – Angst	-1,06	-0,14	-2,60	.010	-1,73	-0,39
HADS T2 – Depression	-1,19	-0,16	-3,05	.002	-1,84	-0,55

* Prädiktor: Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch

Der Prädiktor Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch zu T1 sagt das Kriterium HADS T2 signifikant vorher, $F(1, 359) = 9,05$, $p = .003$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 46). Hierbei zeigt sich: Je höher die Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch zu Anfang der isPO-Versorgung (T1), desto niedriger der HADS zu T2. Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .022$. Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(1, 359) = 6,78$, $p = .010$) und Depression ($F(1, 359) = 9,28$, $p = .002$) zu beobachten (Tabelle 45, Tabelle 46). Die Modelle haben jeweils eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .016$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .022$ für HADS – Depression.

Tabelle 47 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauf folgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 48).

Tabelle 47. Modellzusammenfassung Fragestellung 14 – HADS T3

Abhängige Variable*	Korr. R^2	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T3	.033	7,81	13,44	1	359	< .001	2,18
HADS T3 – Angst	.023	4,08	9,33	1	359	.002	2,21
HADS T3 – Depression	.036	4,27	14,41	1	359	< .001	2,09

* Prädiktor: Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch

Tabelle 48. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 14 – HADS T3

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T3	-2,720	-0,19	-3,67	< .001	-3,94	-1,50
HADS T3 – Angst	-1,18	-0,16	-3,05	.002	-1,82	-0,54
HADS T3 – Depression	-1,54	-0,20	-3,80	< .001	-2,21	-0,87

* Prädiktor: Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch

Der Prädiktor Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(1, 359) = 13,44$, $p < .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 48). Hierbei zeigt sich: Je höher die gemessene Zufriedenheit mit dem isPO-Onkolots:innen-Gespräch zu T1, desto geringer fällt der HADS-Wert nach der 12-monatigen isPO-Versorgung (T3) aus. Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .033$. Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(1, 359) = 9,33$, $p = .002$) und Depression ($F(1, 359) = 14,41$, $p < .001$) zu beobachten (Tabelle 47, Tabelle 48). Die Modelle haben jeweils eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .023$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .036$ für HADS – Depression.

POut-FS 15 – Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 260 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T2 13,28 (SD = 8,02) und zu T3 12,12 (SD = 7,78) beträgt. Tabelle 49 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 49. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 15

Variablen	M	SD
Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen T1*	3,41**	0,56
Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen T2***	3,17**	0,46
HADS T2	13,28	8,02
HADS T2 – Angst	7,34	4,36
HADS T2 – Depression	5,93	4,21
HADS T3	12,12	7,78
HADS T3 – Angst	6,86	0,46
HADS T3 – Depression	5,25	4,32

PSF = Psychosoziale Fachkraft; * Der Prädiktor wurde in der ersten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T2) entspricht.

Variablen	M	SD
** bei 4 Antwortmöglichkeiten (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 4 = stimme voll und ganz zu).		
*** Der Prädiktor wurde in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.		

Tabelle 50 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die Regressionsanalysen mit HADS T2, HADS T2 – Angst und HADS T2 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Jeweils folgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 51).

Tabelle 50. Modellzusammenfassung Fragestellung 15 – HADS T2

Abhängige* Variable	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T2	.018	7,94	5,74	1	258	.017	1,96
HADS T2 – Angst	.019	4,32	5,95	1	258	.015	1,98
HADS T2 – Depression	.012	4,19	4,12	1	258	.043	1,96

* Prädiktor: Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen T1

Tabelle 51. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 15 – HADS T2

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T2	-2,12	-0,15	-2,40	.017	-3,58	-0,66
HADS T2 – Angst	-1,17	-0,15	-2,44	.015	-1,97	-0,38
HADS T2 – Depression	-0,95	-0,13	-2,03	.043	-1,72	-0,18

* Prädiktor: Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen T1

Der Prädiktor Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen (T1) sagt das Kriterium HADS T2 signifikant vorher, $F(1, 258) = 5,64$, $p = .017$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 51). Hierbei zeigt sich: Je zufriedener die Patient:innen mit den PSF-Gesprächen, desto niedriger ist der HADS zu T2 ausgeprägt. Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .018$. Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(1, 258) = 5,95$, $p = .015$) und Depression ($F(1, 258) = 4,12$, $p = .043$) zu beobachten (Tabelle 50, Tabelle 51). Die Modelle haben jeweils eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .018$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .012$ für HADS – Depression.

Tabelle 52 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauf folgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 53). Die Analysen mit dem Prädiktor für T2 beziehen sich auf eine Stichprobe von N = 234.

Tabelle 52. Modellzusammenfassung Fragestellung 15 – HADS T3

Abhängige Variable*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T3	.054	7,57	14,40	1	232	< .001	2,16
HADS T3 – Angst	.041	3,97	10,85	1	232	.001	2,15
HADS T3 – Depression	.052	4,21	13,82	1	232	< .001	2,06

* Prädiktor: Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen T2

Tabelle 53. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 15 – HADS T3

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T3	-4,10	-0,24	-3,80	< .001	-5,89	-2,32
HADS T3 – Angst	-1,87	-0,21	-3,29	.001	-2,81	-0,93
HADS T3 – Depression	-2,24	-0,24	-3,72	< .001	-3,23	-1,24

* Prädiktor: Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen T2

Der Prädiktor Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen (T2) sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(1, 232) = 14,40$, $p < .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 53). Hierbei zeigt sich: Je zufriedener die Patient:innen mit den PSF-Gesprächen, desto niedriger ist der HADS am Ende ihres 12-monatigen isPO-Versorgungszeitraums (T3). Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .054$. Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(1, 232) = 10,85$, $p = .001$) und Depression ($F(1, 232) = 13,82$, $p < .001$) zu beobachten (Tabelle 52, Tabelle 53). Die Modelle haben jeweils eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .041$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .052$ für HADS – Depression.

POut-FS 16 – Therapeutische Allianz (Psychotherapeutische Gespräche)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 170 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T2 15,48 (SD = 7,37) und zu T3 14,71 (SD = 7,42) beträgt. Tabelle 54 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 54. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 16

Variablen	M	SD
Therapeutische Allianz T1*	3,79**	0,86
Therapeutische Allianz T2***	3,89**	0,88
HADS T2	15,48	7,37
HADS T2 – Angst	8,61	4,08
HADS T2 – Depression	6,86	3,93
HADS T3	14,71	7,42
HADS T3 – Angst	8,34	3,89
HADS T3 – Depression	6,37	4,16

* Der Prädiktor wurde in der ersten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T2) entspricht.

** bei 5 Antwortmöglichkeiten (1 = selten bis 5 = immer)

*** Der Prädiktor wurde in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.

Der Prädiktor Therapeutische Allianz (T1) sagt das Kriterium HADS T2 nicht signifikant vorher, $F(1, 168) = 0,93$, $p = .761$. Ebenso sagt der Prädiktor Therapeutische Allianz (T2) das Kriterium HADS T3 nicht signifikant vorher, $F(1, 182) = 1,23$, $p = .724$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch nicht signifikant. Auch für die Subskalen Angst ($F(1, 168) = 0,88$, $p = .767$) und Depression ($F(1, 168) = 0,73$, $p = .788$) ist kein signifikanter Zusammenhang zu beobachten. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch nicht signifikant.

***P*Out-FS 17 – Art der medizinischen Krebsbehandlung**

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 475 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T3 11,97 (SD = 7,62) beträgt. Tabelle 55 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 55. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 17

Variablen	M	SD
Hormontherapie*	0,24	0,43
Operation	0,82	0,39
Chemotherapie	0,52	0,50
Strahlentherapie	0,59	0,49
Antikörpertherapie	0,16	0,36
Alternative Behandlungsmethoden (z. B. Naturheilverfahren, Traditionelle Chinesische Medizin)	0,04	0,20
Andere Therapien	0,11	0,32
Ich weiß nicht, welche Behandlung ich bislang erhalten habe.	0,01	0,08
Bisher habe ich noch keine Behandlung erhalten.	0,02	0,14
HADS T3	11,97	7,62
HADS T3 – Angst	6,84	4,05
HADS T3 – Depression	5,14	4,12
* Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.		
** Die Prädiktoren sind dummykodiert: 1 (trifft zu) und 0 (trifft nicht zu).		

Im Gesamtmodell sagt der Prädiktor Art der medizinischen Behandlung (T2) das Kriterium HADS T3 nicht signifikant vorher, $F(9, 465) = 1,10$, $p = .359$. Jedoch zeigt sich die Hormontherapie sowohl alleinig als auch im Gesamtmodell ($F(1, 473) = 5,73$, $p = .017$) signifikant. Erhielten Patient:innen eine Hormontherapie, war ihr HADS-Gesamtwert zu T3 niedriger ($B = -2,19$ und $\beta = -0,12$). Die anderen Behandlungsarten zeigen keinen signifikanten Einfluss ($p > .05$). Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .002$.

Für die Subskala Angst ($F(9, 465) = 0,66$, $p = .746$) ist kein signifikanter Zusammenhang zu beobachten. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch nicht signifikant. Allerdings sagt der Prädiktor Art der medizinischen Behandlung (T2) das Kriterium HADS T3 – Depression signifikant vorher, $F(9, 465) = 2,24$, $p = .019$. Sowohl im Gesamtmodell als auch unter alleiniger Betrachtung hat hierbei die Hormontherapie einen signifikanten negativen Einfluss ($B = -1,62$ und $\beta = -0,17$). Erhielten Patient:innen eine Hormontherapie, war ihr HADS-Gesamtwert zu T3 niedriger. Die Chemotherapie zeigt sich im Gesamtmodell nicht als signifikanter Prädiktor, lediglich zusammen mit der Hormontherapie ($B = 0,78$ und $\beta = 0,10$). Erhielten Patient:innen eine Chemotherapie, war ihr HADS-T3-Wert für die Subskala Depression größer. Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .023$.

***P*Out-FS 18 – Subjektiver Behandlungserfolg und -fehler**

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 430 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T3 11,94 (SD = 7,60) beträgt. Tabelle 56 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 56. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 18

Variablen	M	SD
Subjektiver Behandlungserfolg*	3,40**	0,65
Subjektiver Behandlungsfehler	3,51	0,58
HADS T3	11,94	7,60
HADS T3 – Angst	6,86	4,04
HADS T3 – Depression	5,08	4,07

* Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.
 ** Antwortkategorien von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu)

Den Tabelle 57, Tabelle 59 und Tabelle 61 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die multiplen Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 58, Tabelle 60 und Tabelle 62).

Tabelle 57. Modellzusammenfassung Fragestellung 18 – HADS T3

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.131	7,08	65,78	1	428	< .001	
2**	.151	7,00	10,77	1	427	.001	2,08

* Prädiktoren: Subjektiver Behandlungserfolg und Subjektiver Behandlungsfehler zu T2 und abhängige Variable: HADS T3
 ** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 58. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 18 – HADS T3

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Subjektiver Behandlungserfolg	-4,28	-0,37	-8,11	< .001	-5,32	-3,24
2	Subjektiver Behandlungserfolg	-3,90	-0,33	-7,31	< .001	-4,96	-2,85
	Subjektiver Behandlungsfehler	-1,95	-0,15	-3,28	.001	-3,12	-0,78

Tabelle 59. Modellzusammenfassung Fragestellung 18 – HADS T3 – Angst

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.100	3,83	48,65	1	428	< .001	
2**	.114	3,80	7,89	1	427	.005	2,11

* Prädiktoren: Subjektiver Behandlungserfolg und Subjektiver Behandlungsfehler zu T2 und abhängige Variable: HADS T3 – Angst

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 60. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 18 – HADS T3 – Angst

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Subjektiver Behandlungserfolg	-1,99	-0,32	-6,98	< .001	-2,55	-1,43
2	Subjektiver Behandlungserfolg	-1,82	-0,29	-6,26	< .001	-2,39	-1,25
	Subjektiver Behandlungsfehler	-0,91	-0,13	-2,81	.005	-1,54	-0,27

Tabelle 61. Modellzusammenfassung Fragestellung 18 – HADS T3 – Depression

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.131	3,80	65,40	1	428	< .001	
2**	.150	3,76	10,74	1	427	.001	2,02

* Prädiktoren: Subjektiver Behandlungserfolg und Subjektiver Behandlungsfehler zu T2 und abhängige Variable: HADS T3 – Depression

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 62. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 18 – HADS T3 – Depression

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Subjektiver Behandlungserfolg	-2,29	-0,36	-8,09	< .001	-2,85	-1,73
2	Subjektiver Behandlungserfolg	-2,09	-0,33	-7,28	< .001	-2,65	-1,52
	Subjektiver Behandlungsfehler	-1,05	-0,15	-3,28	.001	-1,67	-0,42

Die Prädiktoren Subjektiver Behandlungserfolg und -fehler (T2) sagen das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(2, 427) = 39,03$, $p < .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 58). Hierbei zeigt sich: Je stärker der subjektive Behandlungserfolg und je weniger subjektiv wahrgenommene Behandlungsfehler erlebt werden, desto geringer ausgeprägt ist der HADS am Ende der 12-monatigen isPO-Versorgung (T3). Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .114$. Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(2, 427) = 28,66$, $p < .001$) und Depression ($F(2, 427) = 38,82$, $p < .001$) zu beobachten (Tabelle 60, Tabelle 62). Die Modelle haben jeweils eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .151$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .150$ für HADS – Depression.

POut-FS 19 – Soziale Unterstützung

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 495 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T2 12,94 (SD = 7,57) und für den HADS zu T3 12,18 (SD = 7,56) beträgt. Tabelle 63 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 63. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 19

Variablen	M	SD
Soziale Unterstützung – BS6 T1*	19,54**	3,95
Soziale Unterstützung – OSS-3 T1	10,64***	2,11
Soziale Unterstützung – BS6 T2****	19,45	4,18
Soziale Unterstützung – OSS-3 T2	10,26	2,09
HADS T2	12,94	7,57
HADS T2 – Angst	7,20	4,14
HADS T2 – Depression	5,73	4,02
HADS T3	12,18	7,56
HADS T3 – Angst	6,85	4,03
HADS T3 – Depression	5,15	4,14

* Die Prädiktoren wurden in der ersten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T2) entspricht.

** Summenwert bei Items mit 4 Antwortmöglichkeiten (1 = nie bis 4 = immer)

*** Summenwert bei Items mit 5 (1 = keine bis 4 = mehr als 6 und 5 = weiß nicht) und 6 (1 = sehr viel bis 5 = sehr schwierig, 6 = weiß nicht) Antwortmöglichkeiten

**** Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.

Den Tabelle 64, Tabelle 66 und Tabelle 68 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die multiplen Regressionsanalysen mit HADS T2, HADS T2 – Angst und HADS T2 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 65, Tabelle 67 und Tabelle 69).

Tabelle 64. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T2

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.138	7,03	79,87	1	493	< .001	
2**	.158	6,95	12,92	1	492	< .001	2,09

* Prädiktoren: Soziale Unterstützung (BS6 und OSS-3) zu T1 und abhängige Variable: HADS T2

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 65. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T2

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,72	-0,37	-8,94	< .001	-0,87	-0,56
2	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,58	-0,31	-6,73	< .001	-0,76	-0,42
	Soziale Unterstützung – OSS-3 T1	-0,59	-0,16	-3,60	< .001	-0,91	-0,27

Tabelle 66. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T2-Angst

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.116	3,89	65,94	1	493	< .001	
2**	.131	3,86	9,46	1	492	.002	2,12

* Prädiktoren: Soziale Unterstützung (BS6 und OSS-3) zu T1 und abhängige Variable: HADS T2 – Angst

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 67. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T2 – Angst

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,36	-0,34	-8,12	< .001	-0,45	-0,27
2	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,30	-0,29	-6,17	< .001	-0,39	-0,20
	Soziale Unterstützung – OSS-3 T1	-0,28	-0,14	-3,08	.002	-0,46	-0,10

Tabelle 68. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T2 – Depression

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.120	3,77	68,34	1	493	< .001	
2**	.140	3,73	12,25	1	492	.001	1,98

* Prädiktoren: Soziale Unterstützung (BS6 und OSS-3) zu T1 und abhängige Variable: HADS T2 – Depression

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 69. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T2 – Depression

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,36	-0,35	-8,27	< .001	-0,44	-0,27
2	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,29	-0,28	-6,15	< .001	-0,38	-0,20
	Soziale Unterstützung – OSS-3 T1	-0,31	-0,16	-3,50	.001	-0,48	-0,13

Der Prädiktor Soziale Unterstützung (T1) sagt das Kriterium HADS T2 signifikant vorher, $F(2, 492) = 47,36$, $p < .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 65). **Hierbei zeigt sich:** Je größer die soziale Unterstützung ausgeprägt ist, desto kleiner fällt der HADS-Wert zu T2 aus. Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .158$. **Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(2, 492) = 38,27$, $p < .001$) und Depression ($F(2, 492) = 41,07$, $p < .001$) zu beobachten** (Tabelle 67, Tabelle 69). Die Modelle haben jeweils eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .131$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .140$ für HADS – Depression.

Den Tabelle 70, Tabelle 72 und Tabelle 74 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die multiplen Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Daraufaufgehend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 71, Tabelle 73 und Tabelle 75). Die Prädiktoren zur sozialen Unterstützung entstammen hierbei dem zweiten Patient:innen-Erhebungszeitpunkt (T2). Die Stichprobe beinhaltet 405 Patient:innen.

Tabelle 70. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T3

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.101	7,25	46,53	1	403	< .001	
2**	.140	7,09	19,14	1	402	< .001	2,07

* Prädiktoren: Soziale Unterstützung (BS6 und OSS-3) zu T2 und abhängige Variable: HADS T3
 ** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 71. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T3

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,59	-0,32	-6,82	< .001	-0,76	-0,42
2	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,34	-0,19	-3,34	.001	-0,54	-0,14
	Soziale Unterstützung – OSS-3 T1	-0,89	-0,24	-4,38	< .001	-1,29	-0,49

Tabelle 72. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T3 – Angst

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.079	3,87	35,73	1	403	< .001	
2**	.105	3,81	12,83	1	402	< .001	2,05

* Prädiktoren: Soziale Unterstützung (BS6 und OSS-3) zu T2 und abhängige Variable: HADS T3 – Angst
 ** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 73. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T3 –Angst

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,28	-0,29	-5,98	< .001	-0,37	-0,19
2	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,17	-0,17	-3,03	.003	-0,27	-0,06
	Soziale Unterstützung – OSS-3 T1	-0,39	-0,20	-3,58	< .001	-0,61	-0,18

Tabelle 74. Modellzusammenfassung Fragestellung 19 – HADS T3 – Depression

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.098	3,93	44,84	1	403	< .001	
2**	.139	3,84	20,46	1	402	< .001	2,06

* Prädiktoren: Soziale Unterstützung (BS6 und OSS-3) zu T2 und abhängige Variable: HADS T3 – Depression

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 75. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 19 – HADS T3 –Depression

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,31	-0,32	-6,70	< .001	-0,41	-0,22
2	Soziale Unterstützung – BS6 T1	-0,17	-0,18	-3,16	.002	-0,28	-0,07
	Soziale Unterstützung – OSS-3 T1	-0,50	-0,25	-4,52	< .001	-0,71	-0,28

Der Prädiktor Soziale Unterstützung (T2) sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(2, 402) = 33,88$, $p < .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 71). **Hierbei zeigt sich für beide Prädiktoren (BS6 und OSS-3): Je größer die soziale Unterstützung ausgeprägt ist, desto kleiner fällt der HADS-Wert zu T3 aus.** Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .140$. **Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(2, 402) = 24,80$, $p < .001$) und Depression ($F(2, 402) = 33,73$, $p < .001$) zu beobachten** (Tabelle 73, Tabelle 75). Die Modelle haben eine niedrige bzw. mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .105$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .139$ für HADS – Depression.

***P*Out-FS 20 – Kohärenzsinn**

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 504 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T2 13,10 (SD = 7,67) und zu T3 12,19 (SD = 7,59) beträgt. Tabelle 76 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 76. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 20

Variablen	M	SD
Kohärenzsinn – Gesamt T1*	6,04**	9,06
Kohärenzsinn – Verstehbarkeit T1	6,20	17,77
Kohärenzsinn – Sinnhaftigkeit T1	5,89	11,10
Kohärenzsinn – Handhabbarkeit T1	5,99	15,65
Kohärenzsinn – Gesamt T2***	4,94	0,98
Kohärenzsinn – Verstehbarkeit T2	4,67	1,13
Kohärenzsinn – Sinnhaftigkeit T2	5,35	0,95
Kohärenzsinn – Handhabbarkeit T2	4,88	1,25
HADS T2	13,10	7,67
HADS T2 – Angst	7,27	4,18
HADS T2 – Depression	5,83	4,08
HADS T3	12,19	7,59
HADS T3 – Angst	6,94	3,94
HADS T3 – Depression	5,25	4,22

* Die Prädiktoren wurden in der ersten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T2) entspricht.

** 7 Antwortmöglichkeiten mit unterschiedlichen Polungen je Item

*** Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.

Tabelle 77 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die univariaten Regressionsanalysen (Prädiktor: Kohärenzsinn – Gesamt T1) mit HADS T2, HADS T2 – Angst und HADS T2 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 78).

Tabelle 77. Modellzusammenfassung Univariate Regressionsanalysen Fragestellung 20 – HADS T2

Abhängige* Variable	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T2	.010	7,63	6,23	1	502	.013	2,06
HADS T2 – Angst	.007	4,17	4,56	1	502	.033	2,12
HADS T2 – Depression	.010	4,05	6,26	1	5-02	.013	1,97

* Prädiktor: Kohärenzsinn – Gesamt T1

Tabelle 78. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 20 – HADS T2

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T2	-0,94	-0,11	-2,50	.013	-0,16	-0,03
HADS T2 – Angst	-0,44	-0,10	-2,14	.033	-0,08	-0,01
HADS T2 – Depression	-0,50	-0,11	-2,50	.013	-0,08	-0,02

* Prädiktor: Kohärenzsinn – Gesamt T1

Der Prädiktor Kohärenzsinn – Gesamt T1 sagt das Kriterium HADS T2 signifikant vorher, $F(1, 502) = 6,225$, $p = .013$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 78). **Hierbei zeigt sich, dass bei steigendem Kohärenzsinn der HADS T2 sinkt.** Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .010$. **Betrachtet man die drei Subskalen des Kohärenzsinn – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (T1) – sagt hierbei allein die Subskala Verstehbarkeit das Kriterium HADS T2 signifikant vorher, $F(3, 500) = 3,362$, $p = .019$, $B = -0,05$, $\beta = -0,11$.** Dies bedeutet: **Je höher die Verstehbarkeit, desto kleiner fällt der HADS zu T2 aus.** Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .014$.

Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(1, 502) = 4,56$, $p = d.033$) und Depression ($F(1, 502) = 6,258$, $p = .013$) zu beobachten (Tabelle 78). Auch hier sagt allein die Subskala Verstehbarkeit das Kriterium HADS T2 – Angst ($F(3, 500) = 2,90$, $p = .035$, $B = -0,02$, $\beta = -0,10$) und HADS T2 – Depression ($F(3, 500) = 2,95$, $p = .032$, $B = -0,03$, $\beta = -0,11$) signifikant vorher. Die Modelle haben jeweils eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .011$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .011$ für HADS – Depression.

Tabelle 79 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die univariaten Regressionsanalysen (Prädiktor: Kohärenzsinn Gesamt T2) mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauf folgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 80). Die Stichprobengröße beträgt $n = 467$.

Tabelle 79. Modellzusammenfassung univariate Regressionsanalysen Fragestellung 20 – HADS T3 (2)

Abhängige* Variable	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
HADS T3	.400	5,92	312,01	1	465	< .001	2,06
HADS T3 – Angst	.441	3,04	360,63	1	455	< .001	2,04
HADS T3 – Depression	.381	3,27	281,70	1	455	< .001	2,05

* Prädiktor: Kohärenzsinn – Gesamt T2

Tabelle 80. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zu Fragestellung 20 – HADS T3 (2)

Abhängige Variable*	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
HADS T3	-4,29	-0,63	-17,66	< .001	-4,69	-3,89
HADS T3 – Angst	-2,75	-0,67	-18,99	< .001	-2,99	-2,51
HADS T3 – Depression	-2,61	-0,62	-16,78	< .001	-2,87	-2,35

* Prädiktor: Kohärenzsinn – Gesamt T2

Der Prädiktor Kohärenzsinn (T2) sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(1, 465) = 312,01$, $p < .001$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten statistisch signifikant (Tabelle 80). Hierbei zeigt sich: Je höher der Kohärenzsinn ausgeprägt ist, desto kleiner fällt der HADS zu T3 aus. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .40$. Betrachtet man die drei Subskalen des Kohärenzsinn – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (T2) – sagen hierbei alle Subskalen das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(3, 453) = 135,12$, $p < .001$. Steigt die Verstehbarkeit ($B = -2,12$, $\beta = -0,31$), Handhabbarkeit ($B = -1,52$, $\beta = -0,25$) oder Sinnhaftigkeit ($B = -1,76$, $\beta = -0,22$), sinkt der HADS T3. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .469$.

Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskalen Angst ($F(1, 455) = 360,63$, $p < .001$) und Depression ($F(1, 455) = 281,70$, $p < .001$) zu beobachten (Tabelle 80). Auch hier sagen alle Subskalen das Kriterium HADS T2 – Angst ($F(3, 453) = 1135,55$, $p < .001$) und HADS T2 – Depression ($F(3, 500) = 2,95$, $p = .032$) vorher. Steigt der Wert der Verstehbarkeit (Angst: $B = -1,52$ und $\beta = -0,42$; Depression: $B = -1,35$ und $\beta = -0,31$), Handhabbarkeit (Angst: $B = -0,71$ und $\beta = -0,22$; Depression: $B = -0,81$ und $\beta = -0,24$) und / oder Sinnhaftigkeit (Angst: $B = -0,42$ und $\beta = -0,10$; Depression: $B = -0,60$ und $\beta = -0,16$), sinkt der HADS T3. Die Modelle haben jeweils eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .448$ für HADS – Angst und korrigiertes $R^2 = .393$ für HADS – Depression.

POut-FS 21 – Kontakt zur:m Psycholog:in / Psychotherapeut:in während der Rehabilitation

233 Patient:innen haben in der Befragung zu T2 den Fragenblock zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation beantwortet und ein Jahr isPO-Versorgung abgeschlossen. 144 Patient:innen (61,80 %) gaben hierbei an, während der Rehabilitation Kontakt zu einem:r Psycholog:in / Psychotherapeut:in gehabt zu haben. In Tabelle 81 sind die HADS-T3-Mittelwerte je nach Inanspruchnahme, inkl. Subskalen, dargestellt.

Tabelle 81. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 21

Variable	Hatten Sie während der Rehabilitation außerhalb der isPO-Versorgung Kontakt zu einer:m Psycholog:in / Psychotherapeut:in?	
	Ja M (SD)	Nein M (SD)
HADS T3	12,85 (7,54)	10,31 (7,72)
HADS T3 – Angst	7,59 (3,98)	5,76 (3,92)
HADS T3 – Depression	5,26 (4,05)	4,55 (4,12)

Diejenigen mit Kontakt zu einer:m Psycholog:in / Psychotherapeut:in in der Rehabilitation hatten einen signifikant höheren HADS-T3-Wert (I-J = 2,54, $t(231) = 2,48$, $p = .014$, 95 % CI [0,52; 4,56]), als diejenigen, die diesen Kontakt nicht hatten. Die Effektstärke ist klein [1], $d = 0,33$. Ein ähnlicher Effekt ist auch für die Subskala Angst (I-J = 1,83, $t(231) = 3,42$, $p = .001$, 95 % CI [0,78; 2,88]) zu beobachten. Die Effektstärke ist klein [1], $d = 0,46$. Für die Ausprägung des HADS-T3-Depression-Wertes gibt es jedoch keinen signifikanten Unterschied (I-J = 0,71, $t(231) = 1,30$, $p = .196$, 95 % CI [-0,37; 1,80]).

POut-FS 22 – Wahrnehmung der Rehabilitationsmaßnahme als hilfreich

213 Patient:innen haben in der Befragung zu T2 die Frage beantwortet, ob die Rehabilitation ihnen rückblickend geholfen hat, mit ihrer Situation (z. B. krankheitsbedingter Stress und Ängste) umzugehen. 157 Patient:innen (73,71 %) gaben hierbei an, dass ihnen die Rehabilitation hierbei geholfen hat. In Tabelle 82 sind die HADS-T3-Mittelwerte je nach Zufriedenheit, inkl. Subskalen, dargestellt.

Tabelle 82. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 22

Variable	Hat die Rehabilitation Ihnen rückblickend geholfen, mit Ihrer Situation (z. B. krankheitsbedingter Stress und Ängste) umzugehen?	
	Ja M (SD)	Nein M (SD)
HADS T3	10,86 (6,71)	14,39 (8,92)
HADS T3 – Angst	6,50 (3,64)	7,86 (4,65)
HADS T3 – Depression	4,36 (3,60)	6,54 (4,59)

Diejenigen, die bewerten, dass die Rehabilitation ihnen im Umgang mit ihrer Situation geholfen habe, haben einen signifikant niedrigeren HADS-T3-Wert ($I-J = 3,53$, $t(78,29) = -2,70$, $p = .008$, 95 % CI [-6,14; -0,93]) als diejenigen, die dies nicht so bewerten. Die Effektstärke ist klein [1], $d = 0,48$. Für die Ausprägung des HADS-T3-Angst-Wertes gibt es keinen signifikanten Unterschied ($I-J = -1,35$, $t(80,21) = -1,97$, $p = .052$, 95 % CI [-2,72; -0,11]). Jedoch ist ein ähnlicher Effekt für den HADS-T3-Depression-Wert zu beobachten ($I-J = -2,18$, $t(80,40) = -3,22$, $p = .002$, 95 % CI [-3,53; -0,83]). Die Effektstärke ist mittelgroß [1], $d = 0,56$.

***P*Out-FS 23 – Persönlichkeit**

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 461 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T3 11,95 (SD = 7,66) beträgt. Tabelle 83 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 83. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 23

Variablen	M	SD
Neurotizismus T2*	3,02**	0,92
Extraversion T2	3,24	0,95
Offenheit T2	3,37	0,93
Verträglichkeit T2	3,35	0,71
Gewissenhaftigkeit T2	3,96	0,72
HADS T3	11,95	7,66
HADS T3 – Angst	6,83	4,06
HADS T3 – Depression	5,13	4,15

Variablen	M	SD
* Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.		
** 5 Antwortmöglichkeiten von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu).		

Den Tabelle 84, Tabelle 86 und Tabelle 88 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die multiplen Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 85, Tabelle 87 und Tabelle 89).

Tabelle 84. Modellzusammenfassung Fragestellung 23 – HADS T3

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.196	6,87	113,08	1	459	< .001	
2**	.212	6,80	10,54	1	458	.001	
3	.211	6,81	0,12	1	457	.731	
4	.210	6,81	0,38	1	456	.538	
5	.208	6,82	0,02	1	455	.888	2,00

* Prädiktoren: Subskalen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit der Skala zur Persönlichkeit und abhängige Variable: HADS T3

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach ihrem detektierten Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 85. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 23 – HADS T3

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Neurotizismus	3,69	0,45	10,63	< .001	3,01	4,37
2	Neurotizismus	3,41	0,41	9,63	< .001	2,72	4,11
	Extraversion	-1,12	-0,14	-3,25	.001	-1,79	-0,44
3	Neurotizismus	3,39	0,41	9,48	< .001	2,69	4,10
	Extraversion	-1,09	-0,14	-3,12	.002	-1,78	-0,41
	Offenheit	-0,12	-0,02	-0,34	.731	-0,82	0,58
4	Neurotizismus	3,37	0,41	9,32	< .001	2,66	4,08
	Extraversion	-1,09	-0,14	-3,10	.002	-1,77	-0,40

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Offenheit	-0,11	-0,01	-0,31	.755	-0,81	0,59
	Verträglichkeit	-0,28	-0,03	-0,62	.538	-1,18	0,62
5	Neurotizismus	3,37	0,41	9,31	< .001	2,66	4,08
	Extraversion	-1,07	-0,13	-2,97	.003	-1,79	-0,36
	Offenheit	-0,11	-0,01	-0,30	.762	-0,81	0,59
	Verträglichkeit	-0,27	-0,03	-0,58	.559	-1,18	0,64
	Gewissenhaftigkeit	-0,07	-0,01	-0,14	.888	-1,00	0,85

Tabelle 86. Modellzusammenfassung Fragestellung 23 – HADS T3 – Angst

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.220	3,59	131,11	1	459	< .001	
2**	.221	3,58	1,41	1	458	.235	
3	.217	3,59	0,20	3	455	.894	2,02

* Prädiktoren: Subskalen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit der Skala zur Persönlichkeit und abhängige Variable: HADS T3-Angst

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach ihrem detektierten Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 87. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 23 – HADS T3-Angst

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Neurotizismus	2,07	0,47	11,45	< .001	1,72	2,43
2	Neurotizismus	2,02	0,46	10,82	< .001	1,65	2,39
	Extraversion	-0,22	-0,05	-1,19	.235	-0,57	0,14
3	Neurotizismus	2,02	0,46	10,63	< .001	1,65	2,40
	Extraversion	-0,26	-0,06	-1,36	.176	-0,63	0,12
	Offenheit	-0,07	-0,01	-0,30	.768	-0,55	0,41
	Verträglichkeit	0,16	0,03	0,63	.526	-0,33	0,64
	Gewissenhaftigkeit	0,07	0,02	0,38	.702	-0,30	0,44

Tabelle 88. Modellzusammenfassung Fragestellung 23 – HADS T3 – Depression

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.128	3,88	68,31	1	459	< .001	
2**	.166	3,79	22,13	1	458	< .001	
3	.166	3,79	1,02	1	457	.314	
4	.166	3,79	0,98	1	456	.322	
5	.165	3,79	0,60	1	455	.440	1,98

* Prädiktoren: Subskalen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit der Skala zur Persönlichkeit und abhängige Variable: HADS T3-Depression

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach ihrem detektierten Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 89. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 23 – HADS T3 – Depression

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Neurotizismus	1,62	0,36	8,27	< .001	1,23	2,00
2	Neurotizismus	1,39	0,31	7,06	< .001	1,00	1,78
	Extraversion	-0,90	-0,21	-4,70	< .001	-1,28	-0,52
3	Neurotizismus	1,36	0,30	6,84	< .001	0,97	1,76
	Extraversion	-0,86	-0,20	-4,43	< .001	-1,25	-0,48
	Offenheit	-0,20	-0,05	-1,01	.314	-0,59	0,19
4	Neurotizismus	1,36	0,30	6,84	< .001	0,97	1,75
	Extraversion	-0,81	-0,19	-4,04	< .001	-1,21	-0,42
	Offenheit	-0,19	-0,04	-0,94	.347	-0,58	0,20
	Gewissenhaftigkeit	-0,25	-0,04	-0,99	.322	-0,76	0,25
5	Neurotizismus	1,34	0,30	6,68	< .001	0,95	1,74
	Extraversion	-0,82	-0,19	-4,05	< .001	-1,21	-0,42
	Offenheit	-0,18	-0,04	-0,91	.365	-0,57	0,21
	Gewissenhaftigkeit	-0,22	-0,04	-0,86	.393	-0,73	0,29
	Verträglichkeit	-0,20	-0,03	-0,77	.440	-0,70	0,31

Die Persönlichkeitseigenschaften der Patient:innen sagen das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(5, 455) = 25,16$, $p < .001$. Hierbei haben Neurotizismus und Extraversion einen signifikanten Einfluss (Tabelle 85). Es zeigt sich: Je größer der Neurotizismus ausgeprägt ist, desto größer fällt auch der HADS zu T3 aus. Bei der Extraversion zeigt sich dies umgekehrt: Je größer die Extraversion ausgeprägt ist, desto kleiner ist der HADS zu T3 ausgeprägt. Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .208$. Neurotizismus sagt auch das Kriterium HADS T3 – Angst signifikant vorher, $F(5, 455) = 26,51$, $p < .001$. Steigt das Maß an Neurotizismus, so steigt auch der HADS T3 – Angst (Tabelle 87). Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .217$. Ferner sagen Neurotizismus sowie Extraversion das Kriterium HADS T3 – Depression signifikant vorher, $F(5, 455) = 19,22$, $p < .001$. Steigt das Maß an Neurotizismus, so steigt auch der HADS T3 – Depression (Tabelle 89). Steigt das Maß an Extraversion, so sinkt der HADS T3 – Depression (Tabelle 89). Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .165$.

***P*Out-FS 24 – Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 460 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T3 12,32 (SD = 7,50) beträgt. Tabelle 90 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depressionen dar.

Tabelle 90. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 24

Variablen	M	SD
Globaler Gesundheitsstatus T1*	54,18**	22,42
Kognitive Funktionsfähigkeit T1	66,01	28,88
Körperliche Funktionsfähigkeit T1	65,40	26,46
Soziale Funktionsfähigkeit T1	48,37	32,06
Rollen Funktionsfähigkeit T1	47,88	33,85
Schlaflosigkeit T1	54,24	35,53
Fatigue T1	58,50	29,56
Schmerzen T1	38,61	33,68
Atemnot T1	37,71	35,55
Appetitmangel T1	27,99	34,28
Übelkeit und Erbrechen T1	15,31	23,49
Durchfall T1	21,25	32,41
Verstopfung T1	21,18	31,18
Finanzielle Situation T1	27,98	33,04
Globaler Gesundheitsstatus T2***	62,49	20,54
Kognitive Funktionsfähigkeit T2	69,70	28,21
Körperliche Funktionsfähigkeit T2	72,03	25,87
Soziale Funktionsfähigkeit T2	63,56	30,60
Rollen Funktionsfähigkeit T2	61,73	32,30
Schlaflosigkeit T2	46,15	35,28
Fatigue T2	46,15	29,39
Schmerzen T2	31,51	31,65

Variablen	M	SD
Atemnot T2	30,92	33,44
Appetitmangel T2	18,73	29,67
Übelkeit und Erbrechen T2	9,09	18,62
Durchfall T2	14,76	26,66
Verstopfung T2	13,60	25,56
Finanzielle Situation T2	22,61	31,72
HADS T3	12,32	7,50
HADS T3 – Angst	7,00	3,92
HADS T3 – Depression	5,32	4,19

* Die Prädiktoren wurden in der ersten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des zweiten HADS-Erhebungszeitpunkts (T2) entspricht.

** Alle Skalen oder Einzelitems des EORTC-QLQ-C30 können Werte zwischen 0 bis 100 erreichen. Ein hoher Wert bei den Skalen entspricht z. B. einem hohen Maß an Funktionalität oder Lebensqualität, während er bei den Einzelitems für ein hohes Maß an Symptomatik steht, z. B. Schmerzen.

*** Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.

Den Tabelle 91, Tabelle 93, und Tabelle 95 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die multiplen Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 92, Tabelle 94 und Tabelle 96). Der Prädiktor Lebensqualität entstammt hierbei aus der ersten Patient:innenbefragung (T1).

Tabelle 91. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.174	6,82	102,04	1	478	< .001	
2**	.254	6,48	3,37	1	474	.067	
3	.273	6,40	2,33	1	466	.128	
4	.271	6,40	0,24	1	465	.624	1,96

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems des EORTC-CLC-Q30 (T1) und abhängige Variable: HADS T3
 ** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 92. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,14	-0,42	-10,10	< .001	-0,17	-0,11
2	Globaler Gesundheitsstatus T1	23,41	-0,17	-2,72	.007	-0,10	-0,02
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,06	-0,26	-5,38	< .001	-0,09	-0,04
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,07	-0,20	-3,17	.002	-0,09	-0,02
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,06	-0,11	-1,88	.061	-0,05	0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	-0,03	0,13	1,84	.067	-0,00	0,06
3	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,05	-0,16	-2,44	.015	-0,10	-0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,06	-0,22	-4,40	< .001	-0,08	-0,03
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,04	-0,15	-2,24	.026	-0,08	-0,01
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,02	-0,10	-1,77	.078	-0,05	0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,03	0,14	2,02	.044	0,00	0,06

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Schlaflosigkeit T1	0,04	0,17	3,45	.001	0,02	0,06
	Fatigue T1	0,00	-0,00	-0,02	.986	-0,04	0,04
	Schmerzen T1	0,01	0,04	0,74	.459	-0,02	0,03
	Atemnot T1	0,01	0,05	0,98	.326	-0,01	0,03
	Appetitmangel T1	-0,01	-0,05	-0,94	.346	-0,03	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T1	0,00	-0,00	-0,02	.985	-0,03	0,03
	Durchfall T1	0,00	0,01	0,20	.841	-0,02	0,02
	Verstopfung T1	-0,02	-0,07	-1,53	.128	-0,04	0,01
4	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,05	-0,16	-2,44	.015	-0,10	-0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,06	-0,22	-4,35	< .001	-0,08	-0,03
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,04	-0,15	-2,23	.026	-0,08	-0,01
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,02	-0,10	-1,75	.082	-0,05	0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,03	0,15	2,06	.040	0,01	0,06
	Schlaflosigkeit T1	0,04	0,17	3,41	.001	0,02	0,06
	Fatigue T1	0,00	-0,00	-0,02	.988	-0,04	0,04
	Schmerzen T1	0,01	0,04	0,67	.506	-0,02	0,03
	Atemnot T1	0,01	0,05	0,97	.334	-0,01	0,03
	Appetitmangel T1	-0,01	-0,05	-0,91	.364	-0,03	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T1	-0,00	-0,00	-0,09	.930	-0,03	0,03
	Durchfall T1	0,00	0,01	0,21	.832	-0,02	0,02
	Verstopfung T1	-0,02	-0,07	-1,54	.124	-0,04	0,00
	Finanzielle Situation T1	0,01	0,02	,49	.624	-0,02	0,03

Tabelle 93. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.132	3,65	73,70	1	478	< .001	
2**	.210	3,48	1,97	1	474	.161	
3	.243	3,41	3,95	1	466	.047	
4	.244	3,41	1,44	1	465	.230	2,01

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems des EORTC-CLC-Q30 (T1) und abhängige Variable: HADS T3-Angst

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach detektiertem Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 94. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,06	-0,37	-8,59	< .001	-0,08	-0,05
2	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,03	-0,16	-2,42	.016	-0,05	-0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,04	-0,31	-6,19	< .001	-0,06	-0,03
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,01	-0,09	-1,43	.153	-0,03	0,01
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,01	-0,08	-1,45	.147	-0,02	0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,01	0,10	1,40	.161	-0,01	0,03
3	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,03	-0,14	-2,16	.031	-0,05	-0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,04	-0,26	-5,06	< .001	-0,05	-0,02
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,01	-0,05	-0,65	.516	-0,03	0,01
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,01	-0,07	-1,25	.212	-0,02	0,01

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,01	0,12	1,73	.084	-0,00	0,03
	Schlaflosigkeit T1	0,02	0,20	4,06	< .001	0,01	0,03
	Fatigue T1	0,01	0,05	0,69	.491	-0,01	0,03
	Schmerzen T1	0,00	0,01	0,09	.932	-0,01	0,01
	Atemnot T1	0,00	0,02	0,48	.629	-0,01	0,01
	Appetitmangel T1	-0,01	-0,10	-1,76	.079	-0,02	0,00
	Übelkeit und Erbrechen T1	0,01	0,06	1,18	.239	-0,01	0,03
	Durchfall T1	0,00	0,01	0,19	.851	-0,01	0,01
	Verstopfung T1	-0,01	-0,09	-1,99	.047	-0,02	0,00
4	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,03	-0,14	-2,17	.031	-0,05	-0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,03	-0,25	-4,95	< .001	-0,05	-0,02
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,01	-0,05	-0,64	.523	-0,03	0,01
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,01	-0,07	-1,21	.228	-0,02	0,01
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,02	0,13	1,85	.066	-0,00	0,03
	Schlaflosigkeit T1	0,02	0,20	3,99	< .001	0,01	0,03
	Fatigue T1	0,01	0,05	0,70	.486	-0,01	0,03
	Schmerzen T1	-0,00	-0,01	-0,08	.934	-0,01	0,01
	Atemnot T1	0,00	0,02	0,45	.655	-0,01	0,01
	Appetitmangel T1	-0,01	-0,09	-1,68	.094	-0,02	0,00
	Übelkeit und Erbrechen T1	0,01	0,05	1,00	.319	-0,01	0,03
	Durchfall T1	0,00	0,01	0,22	.828	-0,01	0,01
Verstopfung T1	-0,01	-0,09	-2,03	.043	-0,02	0,00	

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Finanzielle Situation T1	0,01	0,06	1,20	.230	-0,00	0,02

Tabelle 95. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.166	3,83	96,03	1	478	< .001	
2**	.233	3,67	3,65	1	474	.057	
3	.240	3,66	0,67	1	466	.415	
4	.238	3,67	0,07	1	465	.795	1,97

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems des EORTC-CLC-Q30 (T1) und abhängige Variable: HADS T3-Depression

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um ggf. Prädiktoren schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 96. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,08	-0,41	-9,80	< .001	-0,09	-0,06
2	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,03	-0,16	-2,50	.013	-0,05	-0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,03	-0,18	-3,62	< .001	-0,04	-0,01
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,04	-0,27	-4,23	< .001	-0,06	-0,02
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,01	-0,11	-1,94	.054	-0,03	0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,02	0,13	1,91	.057	0,00	0,03
3	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,03	-0,15	-2,26	.024	-0,05	-0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,02	-0,15	-2,99	.003	-0,04	-0,01

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,04	-0,23	-3,31	.001	-0,06	-0,02
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,02	-0,11	-1,93	.055	-0,03	0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,02	0,14	1,92	.056	0,00	0,04
	Schlaflosigkeit T1	0,01	0,11	2,24	.025	0,002	0,03
	Fatigue T1	-0,01	-0,05	-0,67	.501	-0,03	0,01
	Schmerzen T1	0,01	0,07	1,22	.224	-0,01	0,02
	Atemnot T1	0,01	0,06	1,27	.204	-0,004	0,02
	Appetitmangel T1	-0,00	-0,00	-0,01	.992	-0,01	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T1	-0,01	-0,06	-1,13	.258	-0,03	0,01
	Durchfall T1	0,00	0,01	0,18	.860	-0,01	0,01
	Verstopfung T1	-0,01	-0,04	-0,82	.415	-0,02	0,01
4	Globaler Gesundheitsstatus T1	-0,03	-0,15	-2,26	.024	-0,05	-0,004
	Kognitive Funktionsfähigkeit T1	-0,02	-0,15	-3,00	.003	-0,04	-0,01
	Körperliche Funktionsfähigkeit T1	-0,04	-0,23	-3,30	.001	-0,06	-0,02
	Soziale Funktionsfähigkeit T1	-0,02	-0,11	-1,93	.054	-0,03	0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T1	0,02	0,14	1,88	.061	-0,001	0,03
	Schlaflosigkeit T1	0,01	0,11	2,25	.025	0,002	0,03
	Fatigue T1	-0,01	-0,05	-0,67	.501	-0,03	0,01
	Schmerzen T1	0,01	0,07	1,24	.215	-0,01	0,02
	Atemnot T1	0,01	0,06	1,28	.202	-0,004	0,02
	Appetitmangel T1	0,00	-0,00	-0,03	.978	-0,01	0,01

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Übelkeit und Erbrechen T1	-0,01	-0,06	-1,08	.280	-0,03	0,01
	Durchfall T1	0,00	0,01	0,17	.865	-0,01	0,01
	Verstopfung T1	-0,01	-0,04	-0,81	.421	-0,02	0,01
	Finanzielle Situation T1	-0,00	-0,01	-0,26	.795	-0,01	0,01

Der Prädiktor Gesundheitsbezogene Lebensqualität (T1) sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(14, 465) = 13,75$, $p < .001$. Hierbei haben der globale Gesundheitsstatus, die kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit (T1) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 92). Je besser diese jeweils ausgeprägt sind, desto niedriger ist der HADS T3. Die Rollenfunktionsfähigkeit (T1) sowie das Vorliegen von Schlaflosigkeit (T1) jedoch haben einen statistisch positiven Einfluss (Tabelle 92). Je höher demnach die Rollenfunktionsfähigkeit, desto höher der HADS T3. Das Vorliegen von Schlaflosigkeit begünstigt ebenfalls höhere HADS-T3-Werte. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .208$.

Der Prädiktor Gesundheitsbezogene Lebensqualität (T1) sagt auch das Kriterium HADS T3-Angst signifikant vorher, $F(14, 465) = 12,04$, $p < .001$. Hierbei haben der globale Gesundheitsstatus und die kognitive Funktionsfähigkeit (T1) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 94). Je besser diese also jeweils ausgeprägt sind, desto niedriger ist der HADS T3 – Angst. Das Vorliegen von Schlaflosigkeit und Verstopfung (T1) hat hingegen einen statistisch positiven Einfluss (Tabelle 94). Das Vorliegen von Schlaflosigkeit und Verstopfung begünstigt demnach höhere HADS-T3-Angst-Werte. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .244$.

Der Prädiktor Gesundheitsbezogene Lebensqualität (T1) sagt auch das Kriterium HADS T3-Depression signifikant vorher, $F(14, 465) = 11,71$, $p < .001$. Hierbei haben der globale Gesundheitsstatus, die kognitive und die körperliche Funktionsfähigkeit (T1) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 96). Je besser diese also jeweils ausgeprägt sind, desto niedriger ist der HADS T3. Das Vorliegen von Schlaflosigkeit (T1) hat wiederum einen statistisch positiven Einfluss (Tabelle 96). Das Vorliegen von Schlaflosigkeit begünstigt demnach höhere HADS-T3-Werte. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .238$.

Den Tabelle 97, Tabelle 99 und Tabelle 101 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die multiplen Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 98, Tabelle 100 und Tabelle 102). Der Prädiktor Lebensqualität entstammt hierbei der zweiten Patient:innenbefragung (T2).

Tabelle 97. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 (2)

Modell*	Korr. R^2	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
---------	-------------	------------------------------	---------------	------	------	--------------------	-------------------------

1	.358	6,09	239,33	1	427	< .001	
2**	.436	5,71	0,06	1	423	.815	
3	.463	5,57	0,01	1	415	.931	
4	.465	5,56	2,42	1	414	.120	2,06

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems des EORTC-CLC-Q30 (T2) und abhängige Variable: HADS T3
 ** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach detektiertem Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 98. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 (2)

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,22	-0,60	-15,47	< .001	-0,25	-0,19
2	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,13	-0,36	-7,01	< .001	-0,17	-0,10
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,04	-0,14	-2,40	.017	-0,06	-0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,07	-0,24	-5,07	< .001	-0,09	-0,04
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,03	-0,47	.638	-0,04	0,02
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	-0,00	-0,02	-0,23	.815	-0,04	0,03
3	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,12	-0,31	-6,03	< .001	-0,15	-0,08
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,03	-0,10	-1,79	.074	-0,05	0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,05	-0,19	-3,89	< .001	-0,08	-0,03
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	0,00	0,01	0,14	.888	-0,03	0,03
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	0,02	0,06	0,92	.358	-0,02	0,06
	Fatigue T2	0,04	0,15	2,16	.031	0,00	0,08
	Schmerzen T2	0,01	0,03	0,62	.533	-0,02	0,03
	Schlaflosigkeit T2	0,02	0,10	2,35	.019	0,00	0,04
	Appetitmangel T2	0,03	0,10	2,10	.037	0,00	0,05
	Atemnot T2	-0,01	-0,05	-1,01	.315	-0,03	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T2	0,01	0,01	0,29	.774	-0,03	0,04
	Durchfall T2	-,000	-0,01	-0,29	.773	-0,03	0,02
	Verstopfung T2	0,00	0,01	0,09	.931	-0,02	0,02

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
4	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,12	-0,31	-6,03	< .001	-0,15	-0,08
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,02	-0,09	-1,61	.107	-0,05	0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,05	-0,17	-3,50	.001	-0,07	-0,02
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	0,0	0,00	0,02	.981	-0,03	0,03
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	0,02	0,07	0,99	.324	-0,02	0,06
	Fatigue T2	0,04	0,15	2,16	.031	0,00	0,08
	Schmerzen T2	0,01	0,02	0,41	.680	-0,02	0,03
	Schlaflosigkeit T2	0,02	0,11	2,42	.016	0,00	0,04
	Appetitmangel T2	0,02	0,09	1,98	.048	0,00	0,05
	Atemnot T2	-0,01	-0,06	-1,15	.249	-0,03	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T2	0,01	0,01	0,32	.749	-0,03	0,04
	Durchfall T2	-0,00	-0,01	-0,28	.783	-0,03	0,02
	Verstopfung T2	0,00	0,00	0,03	.979	-0,02	0,02
	Finanzielle Situation T2	0,02	0,07	1,56	.120	-0,00	0,04

Tabelle 99. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst (2)

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.234	3,53	131,43	1	427	< .001	
2**	.316	3,34	1,56	1	423	.213	
3	.369	3,21	0,37	1	415	.545	
4	.370	3,20	1,64	1	414	.202	2,10

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems des EORTC-CLC-Q30 (T2) und abhängige Variable: HADS T3 – Angst

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach detektiertem Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 100. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Angst (2)

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,10	-0,49	-11,47	< .001	-0,11	-0,08
2	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,06	-0,31	-5,38	< .001	-0,08	-0,04
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,02	-0,13	-2,08	.038	-0,03	-0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,04	-0,30	-5,73	< .001	-0,06	-0,03
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	0,00	-0,00	-0,03	.980	-0,02	0,02
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	0,01	0,09	1,25	.213	-0,01	0,04
3	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,05	-0,23	-4,06	< .001	-0,07	-0,02
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,09	-1,36	.174	-0,03	0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,03	-0,23	-4,49	< .001	-0,05	-0,02
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	0,01	0,05	0,70	.484	-0,01	0,02

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	0,03	0,20	2,68	.008	0,01	0,05
	Fatigue T2	0,03	0,21	2,77	.006	0,01	0,05
	Schmerzen T2	0,01	0,09	1,75	.081	-0,00	0,03
	Schlaflosigkeit T2	0,02	0,15	3,22	.001	0,01	0,03
	Appetitmangel T2	0,01	0,04	0,70	.486	-0,01	0,02
	Atemnot T2	-0,01	-0,04	-0,73	.463	-0,02	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T2	0,00	0,01	0,15	.884	-0,02	0,02
	Durchfall T2	-0,00	-0,03	-0,66	.513	-0,02	0,01
	Verstopfung T2	0,00	0,03	0,61	.545	-0,01	0,02
4	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,05	-0,23	-4,05	< .001	-0,07	-0,02
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,08	-1,22	.225	-0,02	0,01
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,03	-0,22	-4,14	< .001	-0,05	-0,02
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	0,01	0,04	0,60	.547	-0,01	0,02
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	0,03	0,20	2,73	.007	0,01	0,05
	Fatigue T2	0,03	0,21	2,77	.006	0,01	0,05
	Schmerzen T2	0,01	0,08	1,57	.118	-0,00	0,02
	Schlaflosigkeit T2	0,02	0,16	3,27	.001	0,01	0,03
	Appetitmangel T2	0,00	0,03	0,61	.545	-0,01	0,02
	Atemnot T2	-0,01	-0,05	-0,86	.393	-0,02	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T2	0,00	0,01	0,17	.862	-0,02	0,02
	Durchfall T2	-0,00	-0,03	-0,65	.520	-0,02	0,01
	Verstopfung T2	0,00	0,02	0,56	.578	-0,01	0,02

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Finanzielle Situation T2	0,01	0,06	1,28	.202	-0,00	0,02

Tabelle 101. Modellzusammenfassung Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression (2)

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.396	3,20	281,14	1	427	< .001	
2**	.464	3,02	3,33	1	423	.069	
3	.478	2,98	0,24	1	415	.623	
4	.480	2,97	2,35	1	414	.126	1,98

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems des EORTC-CLC-Q30 (T2) und abhängige Variable: HADS T3-Depression

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach detektiertem Einfluss – schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Tabelle 102. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 24 – HADS T3 – Depression (2)

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,13	-0,63	-16,77	< .001	-0,14	-0,11
2	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,07	-0,37	-7,30	< .001	-0,09	-0,05
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,02	-0,13	-2,25	.025	-0,03	-0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,02	-0,15	-3,25	.001	-0,04	-0,01
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,06	-0,86	.389	-0,02	0,01
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	-0,02	-0,11	-1,83	.069	-0,04	0,00
3	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,07	-0,36	-6,92	< .001	-0,09	-0,05
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,11	-1,88	.060	-0,03	0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,02	-0,12	-2,45	.015	-0,03	-0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	-0,00	-0,03	-0,49	.624	-0,02	0,01
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,08	-1,16	.246	-0,03	0,01
	Fatigue T2	0,01	0,07	1,06	.289	-0,01	0,03
	Schmerzen T2	-0,01	-0,04	-0,72	.472	-0,02	0,01
	Schlaflosigkeit T2	0,01	0,04	0,94	.348	-0,01	0,02
	Appetitmangel T2	0,02	0,15	3,17	.002	0,01	0,03
	Atemnot T2	-0,01	-0,05	-1,09	.275	-0,02	0,01
	Übelkeit und Erbrechen T2	0,00	0,02	0,38	.704	-0,02	0,02
	Durchfall T2	0,00	0,01	0,17	.868	-0,01	0,01
	Verstopfung T2	-0,00	-0,02	-0,49	.623	-0,02	0,01

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
4	Globaler Gesundheitsstatus T2	-0,07	-0,35	-6,91	< .001	-0,09	-0,05
	Soziale Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,10	-1,71	.088	-0,03	0,00
	Kognitive Funktionsfähigkeit T2	-0,02	-0,10	-2,09	.037	-0,03	-0,00
	Rollen Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,04	-0,61	.545	-0,02	0,01
	Körperliche Funktionsfähigkeit T2	-0,01	-0,07	-1,10	.273	-0,03	0,01
	Fatigue T2	0,01	0,07	1,06	.290	-0,01	0,03
	Schmerzen T2	-0,01	-0,05	-0,92	.359	-0,02	0,01
	Schlaflosigkeit T2	0,01	0,04	1,01	.314	-0,01	0,02
	Appetitmangel T2	0,02	0,14	3,06	.002	0,01	0,03
	Atemnot T2	-0,01	-0,06	-1,24	.217	-0,02	0,00
	Übelkeit und Erbrechen T2	0,00	0,02	0,41	.680	-0,02	0,02
	Durchfall T2	0,00	0,01	0,18	.858	-0,01	0,01
	Verstopfung T2	-0,00	-0,02	-0,55	.582	-0,02	0,01
	Finanzielle Situation T2	0,01	0,06	1,53	.126	-0,00	0,02

Der Prädiktor Gesundheitsbezogene Lebensqualität (T2) sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(14, 414) = 27,55$, $p < .001$. Hierbei haben der globale Gesundheitsstatus und die kognitive Funktionsfähigkeit (T2) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 98). Je besser also diese jeweils ausgeprägt sind, desto niedriger ist der HADS T3. Das Vorliegen von Fatigue, Schlaflosigkeit und Appetitmangel (T2) hat jedoch einen statistisch positiven Einfluss (Tabelle 98). Das Vorliegen der jeweiligen Beschwerden begünstigt ebenfalls höhere HADS-T3-Werte. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .465$.

Der Prädiktor Gesundheitsbezogene Lebensqualität (T2) sagt auch das Kriterium HADS T3 – Angst signifikant vorher, $F(14, 414) = 18,94$, $p < .001$. Hierbei haben der globale Gesundheitsstatus und die kognitive Funktionsfähigkeit (T2) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 100). Je besser diese jeweils ausgeprägt sind, desto niedriger ist der HADS T3. Die körperliche Funktionsfähigkeit (T2) und das Vorliegen von Fatigue und Schlaflosigkeit (T2) haben wiederum einen statistisch positiven Einfluss (Tabelle 100). Die körperliche Funktionsfähigkeit und das Vorliegen der jeweiligen Beschwerden begünstigen ebenfalls

höhere HADS-T3-Angst-Werte. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .370$.

Der Prädiktor Gesundheitsbezogene Lebensqualität (T2) sagt auch das Kriterium HADS T3 – Depression signifikant vorher, $F(14, 414) = 29,23, p < .001$. Hierbei haben der globale Gesundheitsstatus und die kognitive Funktionsfähigkeit (T2) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 102Tabelle 102). Je besser also diese jeweils ausgeprägt sind, desto niedriger ist der HADS T3. Das Vorliegen von Appetitmangel (T2) jedoch hat einen statistisch positiven Einfluss (Tabelle 102), sodass dieses höhere HADS-T3-Depression-Werte begünstigt. Das Modell hat eine hohe Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .480$.

***P*Out-FS 25 – Bewertung des isPO-Programms (Versorgungsqualität)**

Tabelle 103 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depression dar. Die Stichprobengrößen der univariaten Regressionsanalysen variieren zwischen 329 und 389 Patient:innen.

Tabelle 103. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 25

Variablen	M	SD
Zeitliche Rahmenbedingungen T2* – Häufigkeit der Gespräche	**1,77	0,42
Zeitliche Rahmenbedingungen T2* – Dauer der Gespräche	1,88	0,33
Zufriedenheit / Bedarfsorientierung T2	3,39	0,58
Subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit von isPO T2	3,04	0,64
HADS T3	12,31	7,42
HADS T3 – Angst	7,11	3,92
HADS T3 – Depression	5,20	4,03

* Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht.

** Die Antwortkategorien zu den zeitlichen Rahmenbedingungen der Gespräche reichen von 1 (zu selten / zu kurz) bis 3 (zu oft / zu lang). Die Variablen wurden für die Regressionsgeraden dummykodiert in 1 = genau passend, 2 = unpassend. Die Antwortkategorie „zu oft“ bzw. „zu lang“ war gar nicht oder nur einmal vorhanden und wurde ausgeschlossen. Bei den anderen Prädiktoren reichen die Antwortoptionen von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu).

Den Tabelle 104, Tabelle 106 und Tabelle 108 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die univariaten Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 105, Tabelle 107 und Tabelle 109).

Tabelle 104. Modellzusammenfassungen Fragestellung 25 – HADS T3

Prädiktoren*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
Häufigkeit der Gespräche T2	.040	7,40	14,72	1	327	< .001	2,07
Dauer der Gespräche T2	.015	7,58	6,01	1	335	.015	2,05
Zufriedenheit / Bedarfsorientierung T2	.008	7,32	0,01	1	387	.039	2,11
Subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit von isPO T2	.000	7,47	0,87	1	382	.351	2,11
* abhängige Variable: HADS T3							

Tabelle 105. Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse zu Fragestellung 25 – HADS T3

Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
Häufigkeit der Gespräche T2	-3,70	-0,21	-3,84	< .001	-5,29	-2,11
Dauer der Gespräche T2	-3,08	-0,13	-2,45	.015	-5,15	-1,01
Zufriedenheit / Bedarfsorientierung T2	-1,15	-0,11	-2,07	.039	-2,06	-0,23
Subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit von isPO T2	-0,49	-0,05	-0,93	.351	-1,36	0,37

Tabelle 106. Modellzusammenfassungen Fragestellung 25 – HADS T3 – Angst

Prädiktoren*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
Häufigkeit der Gespräche T2	.028	3,91	10,60	1	327	.001	2,03
Dauer der Gespräche T2	.004	4,02	2,24	1	335	.135	2,03

Prädiktoren*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
Zufriedenheit / Bedarfsorientierung T2	.000	3,91	0,94	1	387	.334	2,10
Subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit von isPO T2	-.003	3,97	0,00	1	382	.982	2,10

* abhängige Variable = HADS – Angst T3

Tabelle 107. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 25 – HADS T3 –Angst

Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
Häufigkeit der Gespräche T2	-1,66	-0,18	-3,26	.001	-2,50	-0,82
Dauer der Gespräche T2	-1,00	-0,08	-1,50	.135	-2,10	0,10
Zufriedenheit / Bedarfsorientierung T2	-0,29	-0,05	-0,97	.334	-0,77	0,20
Subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit von isPO T2	-0,01	-0,001	-0,02	.982	-0,47	0,45

Tabelle 108. Modellzusammenfassung Fragestellung 25 – HADS T3 – Depression

Prädiktoren*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
Häufigkeit der Gespräche T2	.040	4,09	0,04	1	327	< .001	2,09
Dauer der Gespräche T2	.024	4,15	9,18	1	335	.003	2,04
Zufriedenheit / Bedarfsorientierung T2	.019	3,94	8,35	1	387	.004	2,05
Subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit von isPO T2	.005	4,02	2,93	1	382	.088	2,07
* abhängige Variable = HADS – Depression T3							

Tabelle 109. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 25 – HADS T3-Depression

Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
Häufigkeit der Gespräche T2	-2,04	-0,21	-3,84	<.001	-2,92	-1,16
Dauer der Gespräche T2	-2,08	-0,16	-3,03	.003	-3,21	-0,95
Zufriedenheit / Bedarfsorientierung T2	-0,86	-0,15	-2,89	.004	-1,35	-0,37
Subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit von isPO T2	-0,48	-0,08	-1,71	.088	-0,95	-0,02

Der HADS-Wert zu T3 wird durch die Prädiktorvariablen Zufriedenheit / Bedarfsorientierung, Zufriedenheit mit der Gesprächshäufigkeit und Dauer der Gespräche signifikant vorhergesagt (Tabelle 104). Demnach gehen höhere Werte in der Zufriedenheit mit der Versorgungsqualität mit niedrigeren HADS-T3-Werten einher (Tabelle 105). Die Modelle haben niedrige Anpassungsgüten [1], korrigiertes R² = .04.

Für die Subskala HADS T3 – Angst zeigt sich nur der Prädiktor Zufriedenheit mit der Gesprächshäufigkeit signifikant (Tabelle 106 und Tabelle 107). Je zufriedener die Patient:innen mit der Gesprächshäufigkeit, desto niedriger die Belastung in Bezug auf Ängste.

Für die Subskala HADS T3 – Depression zeigen sich die Prädiktoren Gesprächshäufigkeit, Dauer der Gespräche und Zufriedenheit / Bedarfsorientierung signifikant (Tabelle 108 und Tabelle 109). Bei steigender Zufriedenheit sinkt die Belastung der Patient:innen zu T3.

P*Out-FS 26 – *Psychosozialer Informationsbedarf

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 369 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für den HADS zu T3 12,28 (SD = 7,77) beträgt. Tabelle 110 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren sowie des HADS mit den Subskalen Angst und Depression dar.

Tabelle 110. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 26

Variablen	M	SD
Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	1,79**	0,27
Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung T2	1,74	0,27
Psychosozialer Informationsbedarf – Hilfe und Betreuung zu Hause T2	1,88	0,33
Psychosozialer Informationsbedarf – Beratung und Betreuung der Angehörigen T2	1,81	0,39
Psychosozialer Informationsbedarf – Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung T2	1,83	0,38
HADS T3	12,27	7,77
HADS T3 – Angst	7,05	4,14
HADS T3 – Depression	5,21	4,16
* Die Prädiktoren wurden in der zweiten Patient:innenbefragung erhoben, deren Erhebungszeitpunkt ungefähr dem des dritten HADS-Erhebungszeitpunkts (T3) entspricht und es handelt sich bei den Prädiktoren um zwei Subskalen (Soziale Fragen & Gesundheitsförderung) sowie drei Einzelitems.		
** Die Antwortkategorien reichen von 1 (ja) bis 2 (nein).		

Den Tabelle 111, Tabelle 113 und Tabelle 115 sind die jeweiligen Modellzusammenfassungen für die multiplen Regressionsanalysen mit HADS T3, HADS T3 – Angst und HADS T3 – Depression als abhängigen Variablen zu entnehmen. Darauffolgend sind die Regressionskoeffizienten und damit verbundene Maße dargestellt (Tabelle 112, Tabelle 114 und Tabelle 116).

Tabelle 111. Modellzusammenfassung Fragestellung 26 – HADS T3

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.096	7,38	40,26	1	367	< .001	
2**	.112	7,32	7,51	1	366	.006	
3	.144	7,19	5,54	3	363	.001	2,19

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems zum psychosozialen Informationsbedarf (T2) und abhängige Variable: HADS T3

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach detektiertem Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 112. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 26 – HADS T3

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-8,97	-0,31	-6,35	< .001	-11,75	-6,19
2	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-5,74	-0,20	-3,13	.002	-9,34	-2,14
	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung T2	-5,06	-0,18	-2,74	.006	-8,69	-1,43
3	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-4,13	-0,15	-2,01	.045	-8,16	-0,09
	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung T2	-3,72	-0,13	-1,96	.050	-7,44	0,01
	Psychosozialer Informationsbedarf – Hilfe und Betreuung zu Hause T2	-4,88	-0,20	-3,66	< .001	-7,50	-2,26
	Psychosozialer Informationsbedarf – Beratung und	-0,76	-0,04	-0,68	.498	-2,95	1,44

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Betreuung der Angehörigen T2						
	Psychosozialer Informationsbedarf – Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung T2	0,50	0,02	0,42	0.677	-1,86	2,87

Tabelle 113. Modellzusammenfassung Fragestellung 26 – HADS T3 – Angst

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.091	3,94	37,85	1	367	< .001	
2**	.111	3,99	9,28	1	366	.002	
3	.161	3,82	6,46	3	363	< .001	2,22

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems zum psychosozialen Informationsbedarf (T2) und abhängige Variable: HADS T3 – Angst

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach detektiertem Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 114. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 26 – HADS T3 – Angst

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-4,65	-0,31	-6,15	< .001	-6,13	-3,16
2	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-2,73	-0,18	-2,80	.005	-4,65	-0,81
	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung T2	-3,00	-0,20	-3,05	.002	-4,93	-1,06
3	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-1,64	-0,11	-1,51	.132	-3,79	0,50

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung T2	-2,16	-0,14	-2,15	.032	-4,14	-0,18
	Psychosozialer Informationsbedarf – Hilfe und Betreuung zu Hause T2	-2,78	-0,22	-3,93	< .001	-4,17	-1,39
	Psychosozialer Informationsbedarf – Beratung und Betreuung der Angehörigen T2	-0,52	-0,05	-0,88	.381	-1,68	0,64
	Psychosozialer Informationsbedarf – Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung T2	0,07	0,01	0,11	.909	-1,18	1,33

Tabelle 115. Modellzusammenfassung Fragestellung 26 – HADS T3 – Depression

Modell*	Korr. R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.078	1,00	31,96	1	367	< .001	
2**	.86	3,98	4,23	1	366	.040	
3	.103	3,94	3,43	3	363	.017	2,10

* Prädiktoren: Subskalen und Einzelitems zum psychosozialen Informationsbedarf (T2) und abhängige Variable: HADS T3 – Depression

** Vor der Durchführung der multiplen Regressionsanalyse wurden univariate Regressionsanalysen je Prädiktor durchgeführt, um die Prädiktoren – je nach detektiertem Einfluss – schrittweise in die Modelle aufzunehmen.

Tabelle 116. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Fragestellung 26 – HADS T3 – Depression

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-4,33	-0,28	-5,65	< .001	-5,83	-2,82

2	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-3,01	-0,20	-3,02	.003	-4,97	-1,05
	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung T2	-2,06	-0,13	-2,06	.040	-4,04	-0,09
3	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen T2*	-2,48	-0,16	-2,21	.028	-4,70	-0,27
	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung T2	-1,56	-0,10	-1,50	.134	-3,60	0,48
	Psychosozialer Informationsbedarf – Hilfe und Betreuung zu Hause T2	-2,10	-0,16	-2,87	.004	-3,54	-0,66
	Psychosozialer Informationsbedarf – Beratung und Betreuung der Angehörigen T2	-0,24	-0,02	-0,39	.698	-1,44	0,96
	Psychosozialer Informationsbedarf – Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung T2	0,43	0,04	0,65	.516	-0,87	1,73

Der Prädiktor Psychosozialer Informationsbedarf (T2) sagt das Kriterium HADS T3 signifikant vorher, $F(5, 363) = 13,38, p < .001$. Hierbei haben der Informationsbedarf zu sozialen Fragen sowie Hilfe und Betreuung zu Hause (T2) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 112). Da hohe Werte für einen niedrigen Bedarf stehen, ist der Zusammenhang folgendermaßen zu verstehen: Je niedriger der Informationsbedarf, desto niedriger der HADS-T3-Wert. Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .144$.

Ähnliche Ergebnisse lassen sich für die Kriteriumsvariable HADS T3 – Angst beobachten, $F(5, 363) = 13,90, p < .001$. Hierbei haben der Informationsbedarf zu Gesundheitsförderung sowie Hilfe und Betreuung zu Hause (T2) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 114). Das Modell hat eine mittelgroße Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .161$. Auch zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang für das Kriterium HADS T3 – Depression, $F(5, 363) = 9,45, p < .001$. Hierbei haben der Informationsbedarf zu sozialen Fragen sowie Hilfe und Betreuung zu Hause (T2) einen negativen signifikanten Einfluss (Tabelle 116). Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte [1], korrigiertes $R^2 = .103$.

***P*Out-FS 27 – Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote**

Zwischen 210 bis 429 Patient:innen haben in der Befragung zu T2 den Fragenblock zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote neben dem isPO-Programm ausgefüllt und ein Jahr isPO-Versorgung abgeschlossen. In Tabelle 117 sind die deskriptiven Ergebnisse inklusive der HADS-T3-Mittelwerte dargestellt.

Tabelle 117. Deskriptive Ergebnisse Fragestellung 27

Variable		% (N)	HADS T3	HADS T3 – Angst	HADS T3 – Depression
			M (SD)	M (SD)	M (SD)
Selbsthilfegruppen	Ja	6,07 (26)	13,38 (7,09)	7,85 (4,08)	5,54 (3,47)
	Nein	93,93 (402)	12,05 (7,66)	6,89 (4,04)	5,16 (4,18)
Informationsveranstaltungen für Patient:innen und Angehörige	Ja	11,71 (50)	12,40 (7,35)	7,26 (4,14)	5,14 (3,65)
	Nein	88,29 (377)	12,10 (7,67)	6,90 (4,04)	5,20 (4,21)
Patient:innenaktivitäten, z. B. Kochkurse, Patient:innen-Café, Patient:innen-Sportgruppe	Ja	5,67 (24)	9,96 (5,59)	6,38 (3,26)	3,58 (3,16)
	Nein	94,33 (399)	12,30 (7,72)	6,99 (4,10)	5,30 (4,18)
Krebsberatungsstellen	Ja	6,15 (26)	13,19 (5,60)	7,92 (3,42)	5,27 (3,22)
	Nein	93,85 (397)	12,11 (7,77)	6,88 (4,09)	5,23 (4,21)
Seelsorge	Ja	4,24 (18)	13,50 (6,60)	8,17 (4,25)	5,33 (3,07)
	Nein	95,76 (407)	12,04 (7,68)	6,85 (4,02)	5,19 (4,19)
Betreuung durch eine:n Sozialarbeiter:in / Sozialdienst	Ja	13,33 (56)	14,09 (7,99)	7,88 (4,28)	6,21 (4,44)
	Nein	86,67 (364)	11,80 (7,48)	6,77 (3,98)	5,03 (4,05)
Anderweitige psychotherapeutische	Ja	16,63 (70)	17,73 (7,97)	10,27 (4,33)	7,46 (4,20)

Variable		% (N)	HADS T3	HADS T3 – Angst	HADS T3 – Depression
			M (SD)	M (SD)	M (SD)
Behandlung (aufgrund anderer psychischer Belastungen)	Nein	83,37 (351)	10,99 (7,06)	6,24 (3,64)	4,75 (3,98)
Entspannungsverfahren, z. B. Autogenes Training, Yoga	Ja	24,24 (104)	12,63 (7,03)	7,58 (3,69)	5,05 (3,76)
	Nein	75,76 (325)	11,96 (7,80)	6,74 (4,14)	5,23 (4,25)
Ergotherapie	Ja	9,55 (40)	13,85 (7,26)	8,05 (3,96)	5,80 (3,90)
	Nein	90,45 (379)	12,09 (7,74)	6,87 (4,09)	5,22 (4,20)
Künstlerische Therapien, z. B. Musik-, Kunst-, Tanztherapie	Ja	6,62 (28)	12,21 (7,43)	7,39 (3,99)	4,93 (3,79)
	Nein	93,38 (395)	12,04 (7,65)	6,85 (4,05)	5,19 (4,17)
Sonstige, und zwar...	Ja	18,10 (38)	11,45 (7,31)	6,74 (3,96)	4,71 (3,97)
	Nein	81,90 (172)	12,16 (7,52)	6,87 (3,98)	5,29 (4,18)

Der HADS-T3-Mittelwert unterscheidet sich nicht signifikant zwischen denjenigen Patient:innen, die neben der Versorgung in isPO Selbsthilfegruppen, Informationsveranstaltungen, Krebsberatungsstellen, Seelsorge, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, künstlerische Therapien und sonstige Angebote in Anspruch genommen haben, und denjenigen, die dies nicht taten ($p > .05$). Dies gilt auch für die Subskalen Angst und Depression.

Der HADS-T3- und HADS-T3-Angst-Mittelwert unterscheiden sich nicht signifikant zwischen denjenigen Patient:innen, die Patient:innenaktivitäten in Anspruch genommen haben, und denjenigen, die dies nicht taten. **Allerdings zeigt sich hinsichtlich des HADS-T3-Depressionswertes ein signifikanter Unterschied. Diejenigen Patient:innen, die Aktivitäten in Anspruch nahmen, haben einen niedrigeren HADS-T3-Depressionswert (I-J = -1,72, $t(421) = -1,98$, $p = .049$, 95 % CI [-3,43; -0,01]).** Die Effektgröße ist mittelgroß [1], $d = 0,42$.

Der HADS-T3- und HADS-T3-Depression-Mittelwert unterscheiden sich signifikant zwischen denjenigen Patient:innen, die neben der isPO-Versorgung Betreuung durch eine:n Sozialarbeiter:in / Sozialdienst in Anspruch genommen haben, und denjenigen, die dies nicht taten. Die Mittelwerte sind jeweils für diejenigen, die eine:n Sozialarbeiter:in / Sozialdienst in Anspruch nahmen, größer (HADS T3: I-J = 2,29, $t(418) = 2,12$, $p = .035$, 95 % CI [0,16; 4,42]; HADS T3 – Depression: I-J = 1,19, $t(418) = 2,01$, $p = .045$, 95 % CI [0,03; 2,35]).

Die Effektgrößen sind klein [1], $d = 0,30$ und $d = 0,29$. Der HADS-T3-Angst-Mittelwert unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Gruppen.

Der HADS-T3-, HADS-T3-Angst- und HADS-T3-Depression-Mittelwert unterscheiden sich signifikant zwischen denjenigen Patient:innen, die neben der isPO-Versorgung eine anderweitige psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben, und denjenigen, die dies nicht taten. Die Mittelwerte sind jeweils für diejenigen, die eine anderweitige psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen, größer (HADS T3: I-J = 6,74, $t(91,88) = 6,58$, $p < .001$, 95 % CI [4,71;8,77]; HADS T3 – Angst: I-J = 4,04, $t(89,47) = 2,01$, $p < .001$, 95 % CI [2,94;5,13]; HADS T3 – Depression: I-J = 2,71, $t(419) = 5,14$, $p < .001$, 95 % CI [1,67;3,74]). Die Effektgrößen sind groß [1], $d = 0,93$, $d = 1,07$ und $d = 0,67$.

2 Sekundäres Outcome 1 – Versorgungsqualität

In diesem Kapitel sind die Ergebnisse zur Bewertung der Versorgungsqualität der neuen Versorgungsform (nVF) isPO (sekundäres Outcome 1) dargestellt. Für diese Analyse und Bewertung werden im Folgenden detaillierte Aussagen zu den Elementen der Versorgungsstruktur, -prozesse & -ergebnisse sowie zu Versorgungserfahrungen getroffen (Abbildung 34).

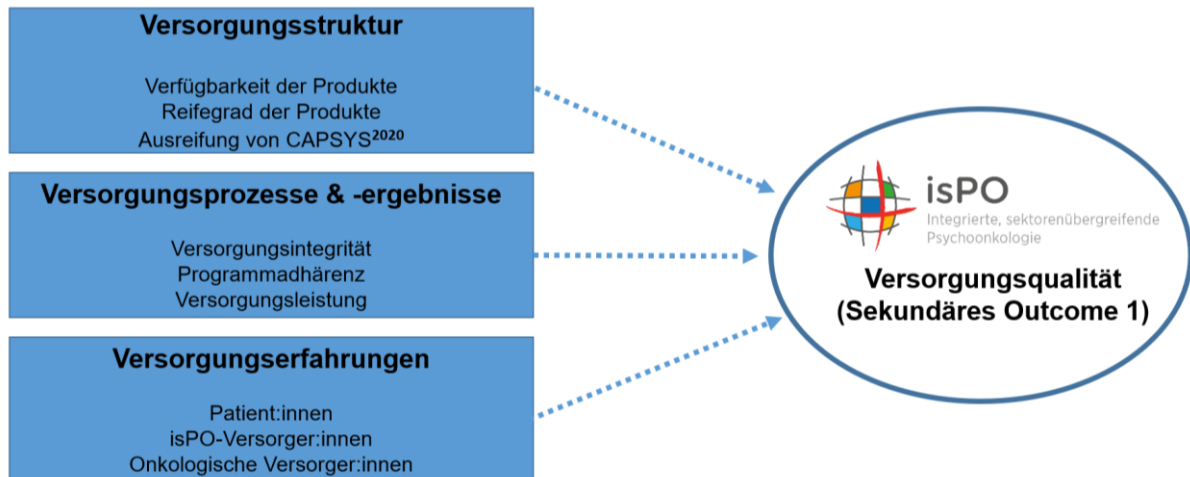


Abbildung 34. Ergebnisdarstellung zur isPO-Versorgungsqualität mit ihren Elementen

2.1 Versorgungsstruktur

In dieser Dimension der Versorgungsqualität wurde die Qualität der isPO-Strukturen beschrieben und bewertet. Die Struktur, also beispielsweise Arbeitsabläufe, Organisationsstrukturen oder Versorgungspfade, ist in der nVF isPO im IT-Assistenz- und Dokumentationsystem CAPSYS²⁰²⁰ zusammengefasst. Dieses wurde während der vierjährigen Projektlaufzeit in isPO entwickelt, erprobt und wird nun evaluiert. Da es sich um ein sehr komplexes System handelt, welches außerdem viele unterschiedliche isPO-Produkte inkludiert, wurde die Evaluation in drei Schritte gegliedert. Die Ergebnisse sind zunächst im jeweiligen Schritt dargelegt. Eine abschließende summative Bewertung bezüglich der isPO-Versorgungsstruktur beendet diesen Kapitelabschnitt.

Schritt 1 – Verfügbarkeit der Produkte

Es wurden insgesamt acht sogenannte isPO-Produkte von den verantwortlichen Konsortialpartnern entwickelt, in der Versorgungsrealität erprobt und verschriftlicht (Projektjahr 2-3). Ein Überblick über die Produkte, deren Produktentwickler (verantwortlicher Konsortialpartner) sowie deren Zweck ist in Tabelle 118 gegeben.

Tabelle 118. Die acht isPO-Produkte, deren Produktentwickler und Zweck

Nr.	isPO-Produkt	Produktentwickelnde	Zweck
1	isPO-Versorgungskonzept	KPP	Evidenzbasis
2	Praxisbewährtes isPO-Versorgungsmanual	KPP	Schulungsgrundlage
3	Praxisbewährtes Netzwerkkonzept	KG NRW	Implementierung und Optimierung der Versorgungsstrukturen und -ressourcen
4	Praxisbewährtes CAPSYS²⁰²⁰-Handbuch	MIFH	Nachhaltige Sicherstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Schulungsgrundlage
5	Qualitätsmanagement-Handbuch	IGKE IMSB	zentraler Einstieg in das Qualitätsmanagement-System Sicherstellung interner Versorgungsqualität
6	Partizipatives Qualitätsentwicklungskonzept	IGKE	Systematische Erfassung des Bedarfs aus unterschiedlichen Perspektiven und der Wissensbestände für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in isPO
7	Prozessmanagement-Manual	IGKE	Umsetzung der Auswahl- und Ausführungsempfehlungen (AAE), alles im Fokus des Qualitätsmanagements mit QM-Optimierungsschleifen Structured Operational Procedures (SOP) werden nach versorgungsspezifischen Gegebenheiten ausgefüllt
8	Versorgungsmanagementstruktur	MED I	Versorgungsmanagementstruktur (zusammenhängende isPO-Struktur)
	✓ Versorgungspfade		Verknüpfung mit dem Assistenzsystem des CAPSYS ²⁰²⁰ Verknüpfung mit AAE
	✓ Handbuch Auswahl- und Ausführungsempfehlungen ✓ SOP (Schablonen)		Operationalisierung des Versorgungskonzeptes und der Vertragsumsetzung Schulungsgrundlage Netzwerksteuerung, formal-administrative Standardarbeitsanweisungen (basieren auf Gesetzen)

Alle Produkte wurden der Evaluation zur Bewertung im letzten Quartal des dritten Projektjahres (2020) fristgerecht vorgelegt und befanden sich im präfinalen Zustand. Sie waren zunächst nur dem externen Evaluationsteam und der Projektleitung zugänglich. Nach den Optimierungen (siehe Schritt 2) wurden alle Produkte schrittweise in CAPSYS²⁰²⁰ eingefügt. Nach dem letzten Release (15. Juli 2021) sind diese nunmehr für alle isPO-Versorger:innen in den Netzwerken vollständig verfügbar.

Schritt 2 – Reifegradbewertung der Produkte

Die formative, detaillierte Bewertung des jeweiligen Reifegrades der oben genannten acht Produkte wurde vom gesamten Evaluationsteam von Januar bis Februar 2021 vorgenommen [2]. Das kondensierte Ergebnis dieses Prozesses wurde für diesen summativen Evaluationsbericht zusammengefasst (Tabelle 119). Zum formativen Bewertungszeitpunkt wiesen die präfinalen Produkte schon einen hohen Ausreifungsgrad auf, jedoch variierte dieser zwischen den unterschiedlichen Produkten.

Tabelle 119. Übersicht zum Produktausreifungsgrad in der formativen Evaluation (Stand Februar 2021)

Produkt-Nr.	Kondensierte Ergebnisse
1	<p>isPO-Versorgungskonzept</p> <p>Das Produkt umfasst 129 Seiten (87 Seiten: Konzept, 41 Seiten: Anhang). Es wurde mit der bereits in der ersten Evaluierungsrunde (Q2/Q3 2020) vom IMVR entwickelten und genutzten Evaluationsmaske bewertet, welche elf Kriterien beinhaltet. Zudem wurde ein Dokumentenvergleich zwischen den beiden Versionen im Beurteilungsprozess vorgenommen.</p> <p>In der nun vorgelegten Version (vom 20.11.2020) sind Optimierungen wahrnehmbar, besonders bei den Kriterien „wissenschaftlich“ und „zielgenau“. Vier Kriterien (aktivierend, passgenau, wissenschaftlich und zielgenau) wurden mit „gut“ bewertet. In vier Kriterien (ausgewogen, prägnant, richtig und umsetzbar) wurde das Produkt als „zufriedenstellend“ bewertet. Die größten Schwächen zeigten sich weiterhin in den drei Kriterien „empfängerorientiert“, „logisch & stringent“ sowie „vollständig“, welche als „unzureichend“ bewertet wurden.</p>
2	<p>isPO-Versorgungsmanual</p> <p>Das Produkt umfasst 136 Seiten und wurde mit der vom IMVR entwickelten und genutzten Evaluationsmaske bewertet, welche elf Kriterien beinhaltet.</p> <p>Fünf Kriterien (aktivierend, ausgewogen, passgenau, wissenschaftlich, zielgenau) wurden als „gut“ bewertet. Drei Kriterien (prägnant, richtig, umsetzbar) wurden als „zufriedenstellend“ bewertet. Die größten Schwächen zeigten sich bei den folgenden drei Kriterien: „empfängerorientiert“, „logisch & stringent“ und „vollständig“. Diese wurden als „unzureichend“ bewertet.</p>
3	<p>Netzwerkkonzept</p> <p>Das Produkt hat einen Umfang von 54 Seiten, Anhänge sind nicht enthalten. Aus dem Dokument heraus wird deutlich, dass die Entwicklung des isPO-Netzwerkkonzepts vom Konsortialpartner KGNRW umgesetzt wurde. Die Evaluation des Produktes wurde anhand einer Evaluationsmatrix mit zehn sowohl formalen als auch inhaltlichen Kriterien vorgenommen, welche der KGNRW vor Einreichung des isPO-Netzwerkkonzepts zur Verfügung gestellt wurde.</p>

Produkt-Nr.	Kondensierte Ergebnisse
	Hinsichtlich der zwei Kriterien „flexibel“ und „wissenschaftlich“ zeichnet sich das Produkt als „gut“ aus. In fünf Kriterien wurde es als „genügend“ bewertet (logisch, prägnant, abgegrenzt & verlinkt, aktivierend, umsetzbar). Deutliche Defizite sind bezüglich der drei Kriterien „richtig“, „vollständig“ und „empfängerorientiert“ erkennbar, weshalb diese als „ungenügend“ bewertet wurden.
4	CAPSYS ²⁰²⁰ -Handbuch Das Produkt wurde fristgerecht bei der externen Evaluation eingereicht. Es beläuft sich auf 166 Seiten plus zehn Seiten Anhang. Die Evaluation des Produktes wurde anhand einer Evaluationsmatrix mit sieben Kriterien vorgenommen. Leitend dabei waren sechs Szenarien, welche die Prozesse der Orientierung in CAPSYS ²⁰²⁰ sowie dessen Einrichtung und Nutzung auf formal-administrativer und klinischer Ebene abbilden. Insgesamt besitzt das Produkt bereits einen hohen Reifegrad, der seinem Zweck dienlich erscheint; die intuitive Nutzbarkeit von CAPSYS ²⁰²⁰ . Die vier Kriterien „aktivierend“, „anschaulich“, „nützlich“ und „richtig“ wurden über alle Szenarien hinweg mit „sehr gut“ bewertet. Die Empfänger:innenorientierung liegt zwischen „sehr gut“ und „genügend“. Die Vollständigkeit wurde mit „genügend“ bis „ungenügend“ beurteilt.
5	isPO-Qualitätsmanagement-Handbuch Der Umfang des fristgerecht eingereichten Dokuments beläuft sich auf 120 Seiten. Es ist klar zu entnehmen, dass das Produkt vom IGKE verschriftlicht wurde. Die Evaluation des Produktes wurde anhand einer Evaluationsmatrix mit elf Kriterien vorgenommen. Das Produkt ist schon sehr gut ausgereift. Dies betrifft vor allem die Kriterien „aktivierend“, „nützlich“, „passgenau“, „prägnant“, „richtig“, „umsetzbar“, „vollständig“ und „wissenschaftlich“. Nachbesserungen sind bei den als „genügend“ deklarierten Kriterien „anschaulich“, „empfängerorientiert“ sowie „logisch & stringent“ möglich.
6	Partizipatives isPO-Qualitätsentwicklungskonzept (PQE) Beim Produkt PQE handelt es sich um ein zusätzliches Produkt, welches ursprünglich nicht im Meilensteinplan vorgesehen war. Es umfasst 67 Seiten, inklusive drei Anhängen. Als Verfasser ist das IGKE benannt, Version sowie Erstellungsdatum sind klar ersichtlich. Insgesamt handelt es sich bei der eingereichten Fassung um ein Produkt in gutem Reifezustand. Es wurde hinsichtlich elf Kriterien mit einem Ampelsystem bewertet. In sieben Kriterien wurde ein „sehr gut“, in vier Kriterien ein „genügend“ erreicht. Ein „ungenügend“ wurde nicht vergeben.
7	isPO-Prozessmanagement-Manual Das Produkt wurde szenariengeleitet evaluiert. Der Umfang des Dokuments beläuft sich auf 632 Seiten plus 35 Seiten Anhang. Das Manual wurde vom IGKE verschriftlicht und ist in Zusammenarbeit mit der MED I, dem IMSB und dem MIFH entstanden. Die Evaluation des Produktes wurde anhand einer Evaluationsmatrix mit zehn Kriterien vorgenommen. Aufgrund des Umfangs wurden die einzelnen Dokumente stichprobenartig anhand von sechs Szenarien geprüft. Die Szenarien bilden dabei Prozesse der Orientierung in CAPSYS ²⁰²⁰ sowie die Einrichtung und Nutzung von CAPSYS ²⁰²⁰ auf formal-administrativer und klinischer Ebene ab, da das IT-Dokumentations- und Assistenzsystem den Prozessen folgt. Im Gesamten ist das Produkt bereits sehr gut ausgereift. Dies betrifft vor allem die Kriterien „empfängerorientiert“, „handhabbar“, „kontrollierbar“, „verlinkt“, „logisch & stringent“, „nützlich“, „richtig“, „umsetzbar“, „verstehbar und

Produkt-Nr.	Kondensierte Ergebnisse
	„wissenschaftlich“. Nichtsdestotrotz sind, differenziert nach Szenario und mit Blick auf die Qualitätsindikatoren Nachbesserungen auch bei den als „genügend“ deklarierten Kriterien „empfängerorientiert“, „handhabbar“, „verlinkt“, „logisch & stringent“ sowie „verstehbar“ möglich. Ein „ungenügend“ wurde nicht vergeben.
8	<p>Versorgungsmanagementstruktur</p> <p>Das Produkt umfasst eine digitale Ordnerstruktur mit sieben Oberpfaden: 1. Versorgungsverträge, 2. Versorgungsmaterialien, 3. Versorgungsnetzwerk, 4. Versorgungsmanagement, 5. Versorgungsdokumente, 6. Versorgungsmonitoring und 7. Qualitätsmanagement. Die Ordnerstruktur enthält in mehreren Verzweigungen 921 Dateien.</p> <p>Die Managementstruktur wurde primär anhand von sechs Szenarien evaluiert und anhand der Evaluationsmatrix mit neun Kriterien bewertet. Die Versorgungsmanagementstruktur ist dem IT-Dokumentations- und Assistenzsystem inhaltlich hinterlegt. Die Szenarien bilden dabei Prozesse der Orientierung sowie Einrichtung und Nutzung von CAPSYS²⁰²⁰ auf formal-administrativer und klinischer Ebene ab. Zudem wurden einzelne Dokumente stichprobenartig inhaltlich und formal geprüft, Querverweise sowie Verlinkungen begutachtet.</p> <p>Durch die szenariengeleitete Evaluation fällt die Bewertung je Kriterium und Fall unterschiedlich aus. Insgesamt lässt sich resümieren, dass die Nützlichkeit stets mit „sehr gut“ bewertet werden konnte. Lediglich das Kriterium der Verlinkung wurde ungenügend erfüllt. Aus dem aktuellen Produkt lässt sich schon deutlich erkennen, wie die Struktur aussehen wird und welches Potential sie birgt, wenn sie fertiggestellt sein wird.</p>

Nachdem die Produkte formativ evaluiert wurden und Hinweise zu deren Optimierungsmöglichkeiten gegeben wurden, haben alle Produktersteller die Möglichkeit wahrgenommen, ihre Produkte weiter ausreifen zu lassen oder die noch fehlenden Elemente einzufügen (z. B. Verlinkungen). Die finalen Produkte wurden der Konsortialführung und der externen Evaluation bis zum 15. Mai 2021 zugestellt und sind in CAPSYS²⁰²⁰ in ihrer finalen, ausgereiften Form verfügbar.

Schritt 3 – Prüfung des Reifegrades von CAPSYS²⁰²⁰

Im letzten Prüfungsschritt bezüglich der Versorgungsstruktur wurde der Ausreifungsgrad von CAPSYS²⁰²⁰, also vom im Projekt entwickelten Assistenz- und Dokumentationssystem der nVF isPO, geprüft. Die szenariengeleitete Prüfung beinhaltete: (1) die Bewertung des Assistenzsystems (Szenario 1), worin zuvor die optimierten Produkte eingepflegt und miteinander verbunden wurden, sowie (2) die Bewertung des Dokumentationssystems (Szenario 2, 3 & 5). Szenario 4 bewertete das Zusammenspiel (Verlinkung) beider Systeme in CAPSYS²⁰²⁰.

Diese anwendungsorientierte, szenariengeleitete Prüfung fand Anfang Juli 2021 statt. Einen inhaltlichen, zeitlichen, örtlichen und settingbezogenen Überblick liefert Tabelle 120.

Tabelle 120. Inhaltlicher, zeitlicher, örtlicher und settingbezogener Überblick der szenariengeleiteten Reifprüfung von CAPSYS²⁰²⁰

Szenario & Fokus	Zeitpunkt	Ort	Setting
S1 – Orientierung in CAPSYS ²⁰²⁰	14.07.21	Netzwerk- übergreifend	virtuell
S2 – Vertrags- & Versorgungsmanagement	06.07.21	Netzwerk 2	angesichtlich
S3 – isPO-Versorgung	05.07.21	Netzwerk 1 + 4	angesichtlich & virtuell
S4 – isPO-Point of Care	05.07.21	Netzwerk 1 + 4	angesichtlich & virtuell
S5 – Qualitätsmanagement	05./06.07.21	Netzwerk 1 + 2 + 4	angesichtlich & virtuell

Insgesamt dauerte die szenariengeleitete Prüfung 375 Minuten. Einen Überblick über die Ergebnisse liefert Abbildung 35.

			Szenarien mit Bearbeitenden (isPO Rollen)							
Code	Kriterien	Prüffrage / Explorationsfokus	S1	S2	S3		S4		S5	
			E	NWK	CM CMO	PT	CM	PT	NWK	PT PSF
D	Design	Ist das Design anwenderfreundlich?	■	■	■	■	■	■	■	■
E	Erwartung	Werden die Erwartungen des Nutzers in Bezug auf die einführenden Informationen erfüllt?	■	■	■	■	■	■	■	■
EL	Erlernbarkeit	Ist es wahrscheinlich, dass die meisten Anwender den Umgang mit CAPSYS schnell erlernen werden?	■	■	■	■	■	■	■	■
I	Intuitiv	Ist es wahrscheinlich, dass die meisten Anwender CAPSYS intuitiv nutzen können?	■	■	■	■	■	■	■	■
L	Aufbaulogik	Ist der Aufbau von CAPSYS logisch, nachvollziehbar und in sich schlüssig ?	■	■	■	■	■	■	■	■
K	Komplexität	Ist der Grad der Komplexität für die Programmumsetzung angemessen?	■	■	■	■	■	■	■	■
KO	Konsistenz	Erscheint CAPSYS konsistent?	■	■	■	■	■	■	■	■
V	Vollständigkeit	Erscheint CAPSYS vollständig (Elemente, Optionen, Produkte, Pfade)?	■	■	■	■	■	■	■	■

Auswertung Ampelsystem: ■ sehr gut ■ genügend ■ ungenügend ■ nicht zutreffend

Legende: S – Szenario, E – externer Evaluator, NWK – Netzwerkkoordinator:in, CM – Case Manager:in, CMO – Case Manager:in Onkolotsen, PT – Psychotherapeut:in, PSF – Psychosoziale Fachkraft

Abbildung 35. Ergebnisse der Prüfung von CAPSYS²⁰²⁰

Wie Abbildung 35 zeigt, befindet sich CAPSYS²⁰²⁰ in einem ausgereiften Zustand. Kleine Optimierungsmöglichkeiten sind noch sichtbar, beeinflussen aber nicht die Leistungsfähigkeit. Bezüglich der Erwartung konnte dreimal keine Aussage getroffen werden. In Szenario 1 erschien die Bewertung nicht plausibel, weil schon gewisse Vorkenntnisse vorlagen. Die in Szenario 4 und 5 geprüften Funktionen waren neu eingepflegt, daher hatte die prüfende Person entweder keine Erwartung oder die Verlinkungen fehlten noch, um die abschließende Bewertung durchzuführen.

Von den drei an der Prüfung beteiligten „Testerinnen“ aus der Versorgungspraxis erhielten die Evaluator:innen abschließend Statements bezüglich des Ausreifungsgrades von CAPSYS²⁰²⁰, wobei Stärken und Optimierungsbedarfe genannt wurden (Tabelle 121).

Tabelle 121. Abschließende Statements zu CAPSYS²⁰²⁰ von isPO-Versorgenden

Stärken	Optimierungsbedarf
<ul style="list-style-type: none"> - intersektorales Versorgen möglich - Versorgungsabläufe übersichtlich (Patient:innensicherheit) - anwendungsfreundliche Filterfunktionen - logischer Aufbau - Corporate Design (Icons) - Intuitive Systemleitung für Versorgende - Tracking von Patient:innen (z. B. nächste Arbeitsschritte) - „lernendes System“, was durch augmentierte Nutzung immer passgenauer wird - Point-of-Care-Ansatz sichert Versorgungsqualität an unterschiedlichen Standorten - strukturiert, erleichtert Administration 	<ul style="list-style-type: none"> - Einbeziehung der Versorgenden in die Entwicklung der Modulausgestaltung würde psychoonkologische Tiefenverschärfe fördern - Bedarfe sollten im Vorfeld mit den Versorgenden besprochen und diese bei dem abgeholt werden, was sie schon kannten - Reiter sollten den speziellen psychoonkologischen Bedarfen entsprechen - Empfehlungsschein sollte mit ORBIS verbunden werden, um Versorgung zu beschleunigen und Sichtbarkeit zu erhöhen - isPO-Onkolots:innen-Pfad ist noch nicht final ausgereift (z. B. Flexibilität für spätere isPO-Onkolots:innenbetreuung) - Verbindung mit anderen Krankenhaus-Dokumentationssystemen, um Doppeldokumentation zu vermeiden

Mit CAPSYS²⁰²⁰ ist ein Novum für die Versorgungsstruktur geschaffen worden, welches die leitliniengerechte Versorgung, die strukturierte Datenerfassung sowie das netzwerkinterne und übergreifende Qualitätsmanagement der nVF isPO ermöglicht. Mit dem integrierten Assistenzsystem, in dem alle Produkte (z. B. Pfade, Konzepte, Manuale) hinterlegt sind, können alle isPO-Leistungserbringer:innen an jedem Ort sowie zur gleichen Zeit die Versorgung in gleicher Qualität anbieten und somit Sektorengrenzen überwinden und Versorgungsabbrüche vermeiden. Wie die Ergebnisse aus den drei konsekutiven Evaluationsschritten belegen, hat die isPO-Versorgungsstruktur, welche im Projektzeitraum entwickelt, erprobt und technisch aufgearbeitet wurde, ein beeindruckend hohes Qualitätsniveau erreicht und verfügt über einen sehr hohen Ausreifungsgrad.

2.2 Versorgungsprozesse & -ergebnisse

In diesem Unterkapitel werden Aussagen zu den zwei Qualitätskategorien Versorgungsprozess und Versorgungsergebnis gegeben. Die Aussagen fußen auf einer gemeinsamen Datenbasis und beinhalten Berechnungen zur Versorgungsintegrität, Programmadhärenz und zur Versorgungsleistung (Abbildung 36).

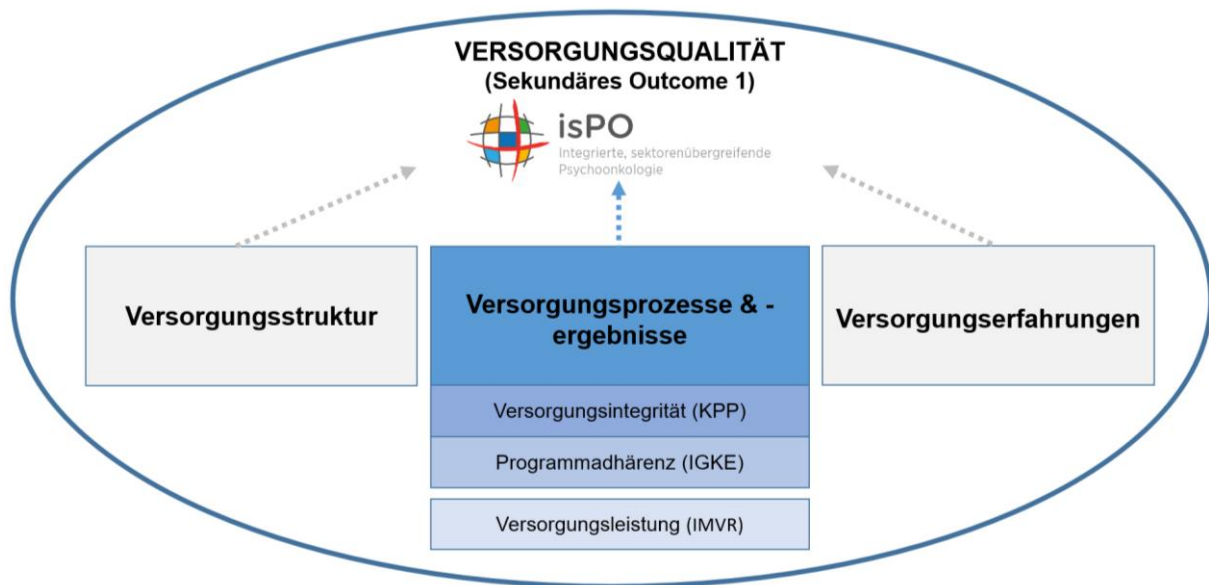


Abbildung 36. Darstellung der Aussagen zu isPO-Versorgungsprozessen und -ergebnissen

Die Analysen zur Versorgungsintegrität und Programmadhärenz sind Teil der internen Evaluation und wurden hierbei als Arbeitspaket im Projektantrag jeweils den Konsortialpartnern KPP und IGKE zugeordnet. Für die finalen Berechnungen der Versorgungsintegrität war das IMSB zuständig. Die Analysen zu den Versorgungsleistungen wurden von der externen Evaluation durchgeführt.

2.2.1 Versorgungsintegrität

Im Folgenden sind die vom IMSB berechneten Ergebnisse der Versorgungsintegrität zusammengefasst. Die Darstellung erfolgt anhand der zu bearbeitenden sieben Fragestellungen mit einem abschließenden Fazit. Die zitierten Passagen sind dem Kurzbericht zur Versorgungsintegrität entnommen.

(1) Wurde der Schwellenwert zur Einteilung der Versorgungsstufen angemessen gewählt?

Wie zu erwarten, ist die mittlere Anzahl an geführten PT-Gesprächen in den HADS-Wertebereichen von 0-5 und 6-12 sehr gering, während diese in den höheren HADS-Wertebereichen deutlich größer ist. Die mittlere Anzahl an PSF-Gesprächen ist hingegen in den niedrigeren HADS-Wertebereichen etwas größer. Der mittlere HADS zu T2 bzw. T3 verhält sich proportional zu den HADS-Werten zu T1.

*Der Schwellenwert zur Einteilung der Kontroll- bzw. Interventionsgruppe wurde inhaltlich begründet und basiert auf den Skalen des HADS-Fragebogens. Ob die Schwellenwertwahl angemessen war, kann daher nicht auf Basis der Daten beantwortet werden. Man kann lediglich sehen, dass höher belastete Patient*innen mehr Bedarf für eine psychosoziale bzw. psychotherapeutische Versorgung angeben. Denkbar wäre daher eine noch bedarfsorientiertere Versorgung mit verschiedenen Schwellen entlang der HADS-Skala.*

(2) Wurden die Zeiträume zur Beantwortung der HADS-Fragebögen eingehalten?

Die Zeiträume zur Beantwortung der Fragebögen wurden insgesamt gut eingehalten. Bzgl. der Differenzen zwischen den einzelnen Zeitpunkten zeigten sich wenige Abweichungen, wobei die

Gründe dafür leider nicht nachvollziehbar dargelegt werden können. Möglicherweise sind versendete Materialien nicht angekommen oder durch den Postweg verzögert worden. Auch könnte hier die durch die Corona-Pandemie notwendige postalische Umstellung der Aufklärung und Übermittlung der Unterlagen zu einem verzögerten Ausfüllen der Unterlagen geführt haben. Über alle Versorgungsstufen hinweg lagen die Ausfüllzeitpunkte der HADS-Fragebögen jedoch in mehr als 60 % der Fälle im Soll-Bereich (2-Wochen-Zeitraum, der zum Ausfüllen vorgesehen war).

(3) War die Stufenzuordnung innerhalb von isPO adäquat an die individuelle Belastung der Patient:innen angepasst?

Bezüglich der Zuteilung der Patienten nach HADS-Schwelle zeigten sich für das Berichtskollektiv keine Abweichungen, sodass alle Patient*innen gemäß ihres Bedarfs zugeteilt wurden. Bei Betrachtung der durch die PSR indizierten notwendigen speziellen Versorgung für höher belastete Patient*innen zeigten sich insgesamt nur geringfügige Abweichungen bzgl. der Stufeneinteilung.

(4) Wurden die im Versorgungsprogramm geplanten Interventionen durch die Anwender:innen in der Versorgung angemessen genutzt und scheinen diese eine hohe Passfähigkeit zu haben?

Bei Betrachtung der Ergebnisse zu der Anzahl an geführten PT-Gesprächen aufgeteilt nach Versorgungsstufe zeigte sich auch hier insgesamt, dass die Versorgungskonzeption in der Durchführung gut funktionierte. Lediglich bei wenigen Patient*innen wurden Leistungen erforderlich und angewendet, die gemäß Stufe nicht indiziert gewesen sind.

Insgesamt wurden durchschnittlich pro Patient*in nur wenige Gespräche mit einem Psychotherapeuten geführt. Die Häufigkeit richtet sich hierbei proportional an der Belastung (höhere Versorgungsstufe) aus. [Auszug Ergebnisse: In den Stufen 3a und 3b wurden im Schnitt 5,89 bzw. 8,15 Gespräche pro Patient*in durchgeführt.]

In Stufe 1 und 3a wurden ebenfalls wenige PSF-Gespräche geführt, obwohl diese nicht indiziert gewesen wären. Auffällig war bei den PSF-Gesprächen jedoch, dass höher belastete Patient*innen in hohem Maße angebotene Leistungen nicht in Anspruch genommen haben, weshalb hier für die Zukunft ggf. eine Einschränkung oder Änderung des Versorgungskonzeptes angezeigt wäre. [Auszug Ergebnisse: In den Stufen 2 und 3b wurden im Schnitt 3,51 bzw. 0,81 Gespräche pro Patient*in durchgeführt.]

Es zeigte sich, dass die für die PT-Gespräche konzeptionierten Module den Ergebnissen zufolge für das isPO-Programm insgesamt eine hohe Passfähigkeit besitzen. Die Module 5, 7 und 10-13 sind durch die Häufigkeit ihrer Verwendung im psychoonkologischen Setting scheinbar sehr geeignet, was sich auch in den darin behandelten Themen widerspiegelt.

Den von einer PSF durchführbaren Problemaktionen kann man keine explizit hervorheben oder eine hohe Passfähigkeit zusprechen, da die Problemaktionen insgesamt nur in einem sehr geringen Maße überhaupt ausgewählt wurden. Für die flächendeckende Versorgung sollte man hier ggf. eine Minimierung vornehmen. Ein allgemeingültiges Fazit ist hier allerdings aufgrund der lückenhaften Verwendung nicht möglich.

(5) Zeigt sich eine klinische und statistische Veränderung der psychischen Belastung nach dem RCI (Reliable Change Index)?

Aus Tabelle 12 [Tabelle im Bericht zur Versorgungsintegrität] wird ersichtlich, dass bei 76,1 % bzw. 68,7 % der Patient*innen auf Stufe 1 und 2 über einen Zeitraum von T1 zu T2 keine signifikante Veränderung ihrer Belastung gemessen wurde. Bei 16,3 % bzw. 17,9 % wurde eine

signifikante Verschlechterung und nur bei 7,6 % bzw. 13,5 % eine signifikante Verbesserung der HADS-Werte nach der RCI-Einteilung gemessen. In Stufe 3a und 3b fand bei 48,2 % bzw. 41,5 % der Patient*innen keine signifikante Veränderung ihrer Belastung statt, während bei 8,3 % bzw. 11,1 % eine signifikante Verschlechterung und bei 43,5 % bzw. 47,4 % eine signifikante Verbesserung ihrer Belastung zu sehen ist. Unabhängig von der Versorgungsstufe fand bei 56,0 % aller Patient*innen keine signifikante Veränderung, bei 13,6 % eine signifikante Verschlechterung und bei 30,3 % eine signifikante Verbesserung ihrer Belastung statt.

In Tabelle 13 [Tabelle im Bericht zur Versorgungsintegrität] sieht man, dass bei 71,1 % bzw. 58,0 % der Patient*innen auf Stufe 1 und 2 über einen Zeitraum von T1 zu T3 keine signifikante Veränderung ihrer Belastung eingetreten ist. 19,6 % bzw. 21,0 % wiesen eine signifikante Verschlechterung und 9,3 % bzw. 21,0 % eine signifikante Verbesserung auf. In Stufe 3a und 3b fand bei 38,5 % bzw. 38,2 % der Patient*innen keine signifikante Veränderung ihrer Belastung statt, während sich 8,0 % bzw. 11,9 % signifikant verschlechterten und 53,4 % bzw. 49,9 % signifikant verbesserten. Unabhängig von der Versorgungsstufe fand bei 48,7 % aller Patient*innen keine signifikante Veränderung, bei 15,4 % eine signifikante Verschlechterung und bei 36,0 % eine signifikante Verbesserung ihrer Belastung statt.

Tabelle 14 [Tabelle im Bericht zur Versorgungsintegrität] stellt die Ergebnisse des RCI nach der Anzahl der PT-Gespräche zwischen T1 und T2 dar. Bei 69,6 % der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einem Psychotherapeuten zeigte sich keine signifikante Veränderung ihrer Belastung, bei 16,3 % eine signifikante Verschlechterung und bei 14,1 % eine signifikante Verbesserung. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einem Psychotherapeuten fand je nach Anzahl der Gespräche bei 37,5-48,8 % keine signifikante Änderung, bei 7,3-20,0 % eine signifikante Verschlechterung und bei 41,7-47,9 % eine signifikante Verbesserung statt.

Aus Tabelle 15 [Tabelle im Bericht zur Versorgungsintegrität] wird ersichtlich, dass bei 59,9 % der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einem Psychotherapeuten über einen Zeitraum von T1 zu T3 keine signifikanten Veränderungen ihrer Belastung gemessen wurde, wobei bei 19,7 % von einer signifikanten Verschlechterung und bei 20,4 % von einer signifikanten Verbesserung zu berichten ist. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einem Psychotherapeuten fand je nach Anzahl der Gespräche bei 30,0-45,8 % keine signifikante Änderung, bei 6,5-20,0 % eine signifikante Verschlechterung und bei 46,4-55,4 % eine signifikante Verbesserung statt.

Aus Tabelle 16 [Tabelle im Bericht zur Versorgungsintegrität] wird ersichtlich, dass bei 50,9 % der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft über einen Zeitraum von T1 zu T2 keine signifikante Veränderung ihrer Belastung gemessen wurde, während 9,7 % von einer signifikanten Verschlechterung betroffen waren und 39,4 % von einer signifikanten Verbesserung profitierten. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft fand je nach Anzahl der Gespräche bei 56,9-63,6 % keine signifikante Änderung, bei 16,3-25,0 % eine signifikante Verschlechterung und bei 13,6-21,3 % eine signifikante Verbesserung statt.

Bei 43,6 % der Patient*innen ohne ein Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft über einen Zeitraum von T1 zu T3 zeigte sich keine signifikante Veränderung ihrer Belastung, bei 11,5 % eine signifikante Verschlechterung und bei 44,9 % eine signifikante Verbesserung. Bei Patient*innen mit mindestens einem Gespräch mit einer psychosozialen Fachkraft wurde je nach Anzahl der Gespräche bei 50,0-54,6 % keine signifikante Änderung, bei 17,1-33,3 % eine signifikante Verschlechterung und bei 16,7-28,9 % eine signifikante Verbesserung gemessen.

Aus den Ergebnissen der Auswertung zum RCI nach Versorgungsstufen zeigte sich, dass sich höher belastete Patient*innen eher signifikant verbessern als Patient*innen mit einer niedrigeren Stufe. Hieraus könnte man vermuten, dass höher belastete Patient*innen von den ihnen angebotenen Leistungen deutlich profitieren und Ängste sowie Depressionen

entgegengewirkt werden kann. Insgesamt sieht man über die Stufen hinweg bei den meisten Fällen jedoch keine signifikante Veränderung.

Die Ergebnisse des RCI aufgeteilt nach der Anzahl an PT-Gesprächen deuten darauf hin, dass die zeitliche Komponente, wann man nach einer signifikanten Veränderung auswertet, also ob man T1 zu T2 oder T1 zu T3 betrachtet, eine wesentliche Rolle spielt. So sieht man zwischen T1 und T2 eher eine gleichmäßige Verteilung der verbesserten Anteile, was dafür sprechen würde, dass die Anzahl der PT-Gespräche keine große Wirkung hat. Zwischen T1 und T3 hingegen verändert sich das Bild und die prozentuale Verteilung deutet darauf hin, dass mehr Gespräche auch zu mehr signifikanten Verbesserungen führen. Bei Gesprächen mit einer psychosozialen Fachkraft scheint die Anzahl der Gespräche bzgl. einer signifikanten Verbesserung keine große Rolle zu spielen.

Zusammenfassend bleibt es aber im Hinblick auf den RCI dabei, dass der größte Anteil an Patient*innen keine signifikante Veränderung aufweist.

(6) Gab es durch die Behandlungsmodule sowie Maßnahmen und Ziele Einflüsse auf die HADS-Werte (Gesamt, Subskala Angst, Subskala Depression) zu T2 und T3?

Bzgl. des Einflusses einzelner Behandlungsmodule auf die HADS-Änderung zeigte sich lediglich für Modul 11 [Depression und Demoralisation] ein signifikanter Einfluss. Die Tatsache, dass Patient*innen, bei denen dieses Modul mindestens einmal zur Anwendung kam, im Mittel eine kleinere Verbesserung erfahren haben als Patient*innen, bei denen dieses Modul nicht zum Einsatz kam, lässt sich dadurch erklären, dass diese Patient*innen vermutlich von vorneherein höher belastet waren und dadurch nur eine geringere Verbesserung erfahren haben.

(7) Gab es ab einer bestimmten Anzahl von Gesprächen Einflüsse auf die HADS-Werte (Gesamt, Subskala Angst, Subskala Depression) zu T2 und T3? Gab es diesbezüglich Einflüsse durch die Netzwerke? Gab es weitere Einflussfaktoren (soziodemografisch)?

Es zeigt sich sowohl für den Gesamt-HADS als auch für die beiden Subskalen, dass sich die Anzahl an geführten PT-Gesprächen positiv auf die Änderung des HADS von T1 zu T2 und T1 zu T3 auswirkt, d. h. je größer die Anzahl geführter Gespräche ist, desto stärker ist die Verbesserung der HADS-Werte zwischen den jeweiligen Zeitpunkten.

Neben den oben dargestellten Analysen wurde für die Änderung des Gesamt-HADS von T1 zu T3 auch ein multivariablen Regressionsmodell mit zusätzlichen soziodemografischen Einflussparametern gerechnet [s. Anhang des Berichts zur Versorgungsintegrität]. Auch hier zeigt sich ein signifikanter Einfluss der Anzahl an PT-Gesprächen auf die Änderung des HADS. Zusätzlich zeigt sich im multivariablen Modell ein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Änderung des HADS. Der positive Regressionskoeffizient von 1,186 bedeutet, dass Männer im Schnitt eine um 1,186 geringere Verbesserung der HADS-Werte erfahren haben als Frauen.

Es zeigt sich weder für den Gesamt-HADS noch für die beiden Subskalen, dass eine Auswirkung der Anzahl an geführten PSF-Gesprächen auf die Änderung des HADS von T1 zu T2 und T1 zu T3 besteht.

Neben den oben dargestellten Analysen wurde für die Änderung des Gesamt-HADS von T1 zu T3 auch ein multivariablen Regressionsmodell mit zusätzlichen soziodemografischen Einflussparametern gerechnet [s. Anhang des Berichts zur Versorgungsintegrität]. Auch im multivariablen Modell zeigen sich keine signifikanten Einflüsse der Anzahl an PSF-Gesprächen oder anderer soziodemografischer Daten auf die Veränderung des HADS.

Die Korrelationsanalysen wiesen kaum auf einen Effekt der Anzahl an Gesprächen auf die HADS-Veränderung hin. Die univariaten Regressionen zeigten jedoch, dass sich die Anzahl an

geführten PT-Gesprächen insgesamt positiv auf die Änderung des HADS von T1 zu T2 und T1 zu T3 auswirkt. Je größer die Anzahl geführter Gespräche ist, desto stärker ist die Verbesserung der HADS-Werte zwischen den jeweiligen Zeitpunkten.

Diese Erkenntnis konnte auch in den multivariablen Modellen bestätigt werden.

Zusammenfassung / Fazit des IMSB

*Die nVf isPO stellte sich bereits in der Planungsphase als sehr komplexe Intervention heraus, weshalb die Evaluation aller Teilbereiche dazu beiträgt, das gestufte Programm zu bewerten. Bezüglich der Analysen zur internen Validität (Versorgungsintegrität) kann abschließend gesagt werden, dass das geplante gestufte isPO-Versorgungskonzept im Hinblick auf die aufgeführten Fragestellungen hinreichend umgesetzt wurde und nur noch an wenigen Stellen Optimierungsbedarf gegeben ist. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass die Versorgung in ihrer Durchführung insgesamt sehr gut funktioniert hat und die Patient*innen von der nVf isPO mit ihrer Bedarfsorientiertheit profitieren.*

2.2.2 Programmadhärenz

In dieser Dimension der Versorgungsqualität (Versorgungsprozesse & -ergebnisse) werden die Ergebnisse zur Programmadhärenz aus dem Teil der internen Evaluation des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) wiedergegeben.

Resümierend betrachtet sind mit einem durchschnittlichen Implementierungsgrad von über 90,4 % (4,52 Punktwert) die (hauptsächlich strukturellen) Qualitätsmerkmale wie Versorgungsverträge, -konzept und -management sowie Qualitätsmanagement und Versorgungstelematik in der Versorgungspraxis aus Sicht des IGKE umgesetzt. Mit einem Punktwert von 3,75 von 5 möglichen Punkten (75 %) wird die Umsetzung des isPO-Versorgungsprogramms auf Basis der Daten der dazugehörigen Qualitätsindikatoren wie z. B. Einschreibungen in Verträge, durchgeführte Gespräche, durchschnittliche Zeitspannen zum Erhalt der Leistungen oder zwischen der Durchführung und Dokumentation etc. als stabil und vollendet beurteilt. Die Ziele zur Programmadhärenz in Bezug auf die Qualitätsmerkmale und -indikatoren sind demnach zu 82,8 % erfüllt. 12 % (n = 24 von 200) der Bewertungskriterien sind unterhalb des Schwellenwerts von < 3 Punkten bewertet.

Dabei unterliegen gerade die administrativen und organisatorischen Prozesse teilweise großen Schwankungen. Mögliche Ursachen für die auffälligen Leistungsmessungen sind z. B. die Entwicklungsprozesse des Versorgungsprogramms und die COVID-19-Pandemie, die bei 8 % (n = 333) der Auswertungsfälle ein möglicher Einflussfaktor war. Vor allem nach dem ersten Lockdown im März 2020 zeigten sich im zweiten Quartal 2020 (01.04.2020 – 30.06.2020) Schwankungen der Werte. Hinzu kommen Unterschiede in den hausinternen Strukturen und hohe Auslastungen der VN. Eingabe- bzw. Datierungsfehler im Umgang mit dem computerbasierten Assistenzprogramm CAPSYS²⁰²⁰ sind ebenfalls nicht ausgeschlossen. Präsenzveranstaltungen zum QM sowie zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung konnten über weite Strecken (1,5 Jahre) pandemiebedingt nicht stattfinden. Dennoch stellen die digitalen Interimslösungen laut IGKE die Zielerreichung dieser Dimensionen der Versorgungsqualität sicher. Dafür spricht auch das zu 97 % umgesetzte Qualitätsmanagement.

Die interne Evaluation der Programmadhärenz bietet mit dem IGKE-Bericht einen umfangreichen und ganzheitlichen Überblick zu verschiedenen strukturellen, prozessualen und ergebnisorientierten Qualitätsmerkmalen, welche für eine mögliche Umsetzung von isPO in der Versorgungspraxis relevant sind. Die Ergebnisse sprechen für die hohe Programmadhärenz von isPO. Für weitere Optimierungen sind gemäß IGKE-Einschätzung zusätzliche Analysen und Maßnahmen über alle VN hinweg notwendig.

2.2.3 Versorgungsleistung

Fragestellung (VL-FS) 1a – Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme des Informationsgesprächs (Stufe 1)

Laut Versorgungskonzept soll allen Patient:innen zu Beginn ihrer Versorgung im isPO-Programm ein Informationsgespräch mit einer:m isPO-Onkolots:in angeboten werden. Alternativ kann dies auch durch das isPO-Case Management erfolgen. Im Schnitt dauerte es 51,37 Tage (Mdn = 35 Tage, SD = 59,01, Min = 0, Max = 349) bis das Informationsgespräch in Anspruch genommen wurde. Es sind deutliche Unterschiede zwischen den VN erkennbar. Tabelle 122 stellt die Mittelwerte im VN-Vergleich dar.

Tabelle 122. Dauer (in Tagen) bis zur Inanspruchnahme des Informationsgesprächs auf Stufe 1

Versorgungsnetzwerk	N	M	SD	Min	Max
1	561	69,91	64,75	0	349
2	226	33,83	45,16	0	213
3	219	51,62	51,77	0	171
4	136	3,65	8,51	0	57

Die Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme des Informationsgesprächs auf Stufe 1 unterscheidet sich signifikant für die verschiedenen VN, Welch-Test $F(3, 499,99) = 252,09$, $p < .001$. Die Effektstärke liegt bei $\omega^2 = .397$. Der Games-Howell-Post-hoc-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen allen VN (Tabelle 123). Am längsten dauert es am Versorgungsstandort 1 bis zur Inanspruchnahme. Die größte Differenz besteht mit ca. 66 Tagen zwischen VN 1 und 4. Hierbei wird nicht berücksichtigt, ob ein:e isPO-Onkolots:in oder das isPO-Case Management das Gespräch führte.

Tabelle 123. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den VN zur Dauer bis zum Informationsgespräch auf Stufe 1

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SD	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	36,08	4,06	< .001	25,61	46,54
	3	18,29	4,44	< .001	6,85	29,74
	4	66,26	2,83	< .001	58,97	73,55
2	1	-36,08	4,06	< .001	-46,54	-25,61
	3	-17,78	4,61	.001	-29,68	-5,89
	4	30,18	3,09	< .001	22,18	38,17

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SD	p	95 % CI Min	95 % CI Max
3	1	-18,29	4,44	< .001	-29,74	-6,85
	2	17,78	4,61	.001	5,89	29,68
	4	47,96	3,57	< .001	38,72	57,21
4	1	-66,26	2,83	< .001	-73,55	-58,97
	2	-30,18	3,09	< .001	-38,17	-22,18
	3	-47,96	3,57	< .001	-57,21	-38,72

VL-FS 1b – Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme des ersten Gesprächs mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF)

Patient:innen, die ein Gespräch oder mehrere Gespräche mit einer PSF in Anspruch nahmen (Stufe 2 und Stufe 3b) erhielten im Schnitt nach 59,42 Tagen (Mdn = 35 Tage, SD = 70,08, Min = 0, Max = 364) ihr erstes PSF-Gespräch. Für die Dauer bis zur Inanspruchnahme des ersten PSF-Gesprächs bestehen ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den VN. Tabelle 124 stellt die Mittelwerte im VN-Vergleich dar.

Tabelle 124. Dauer (in Tagen) bis zur Inanspruchnahme des ersten Gesprächs mit einer Psychosozialen Fachkraft (Stufen 2 & 3b)

Versorgungsnetzwerk	N	M	SD	Min	Max
1	388	60,52	65,85	0	364
2	88	44,89	52,32	0	291
3	112	102,79	94,33	0	342
4	116	24,92	39,74	0	133

Die Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme des ersten PSF-Gesprächs auf den Stufen 2 und 3b unterscheidet sich signifikant für die verschiedenen VN, Welch-Test $F(3, 242,35) = 30,25$, $p < .001$. Die Effektstärke liegt bei $\omega^2 = .111$. Der Games-Howell-Post-hoc-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen allen VN (Tabelle 125). Am längsten dauert es am Versorgungsstandort 3 bis zur Inanspruchnahme. Die größte Differenz besteht zwischen VN 3 und 4 mit ca. 78 Tagen. Hierbei wird nicht berücksichtigt, ob eine PSF oder ein:e Psychotherapeut:in (PT) das Gespräch führte.

Tabelle 125. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den VN zur Dauer bis zum ersten Gespräch mit einer Psychosozialen Fachkraft auf den Stufen 2 und 3b

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SD	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	15,63	6,50	.081	-1,26	32,52
	3	-42,27	9,52	< .001	-67,02	-17,52
	4	35,60	4,98	< .001	22,74	48,46
2	1	-15,63	6,50	.081	-32,52	1,26
	3	-57,90	10,51	< .001	-85,17	-30,63
	4	19,97	6,69	.017	2,61	37,34
3	1	42,27	9,52	< .001	17,53	67,02
	2	57,90	10,51	< .001	30,63	85,17
	4	77,87	9,65	< .001	52,80	102,94
4	1	-35,60	4,98	< .001	-48,46	-22,74
	2	-19,97	6,69	.017	-37,34	-2,61
	3	-77,87	9,65	< .001	-102,94	-52,80

VL-FS 1c – Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme des ersten PT-Gesprächs

Durchschnittlich dauerte es 23,38 Tage (Mdn = 15 Tage; SD = 32,40, Min = 0, Max = 314) für Patient:innen der Stufen 3a und 3b bis zum ersten Gespräch mit einem:r PT. Hierbei sind ebenfalls VN-Unterschiede erkennbar. Tabelle 126 stellt die Mittelwerte im VN-Vergleich dar.

Tabelle 126. Dauer (in Tagen) bis zur Inanspruchnahme des ersten Gesprächs mit einem:r Psychotherapeut:in (Stufen 3a & 3b)

Versorgungsnetzwerk	N	M	SD	Min	Max
1	548	31,14	33,46	0	281
2	138	10,14	24,31	0	231
3	136	20,92	35,41	0	314
4	102	2,82	7,03	0	47

Die Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme des ersten PT-Gesprächs auf den Stufen 3a und 3b unterscheidet sich signifikant für die verschiedenen VN, Welch-Test $F(3, 330,89) = 110,10$, $p < .001$. Die Effektstärke liegt bei $\omega^2 = .263$. Der Games-Howell-Post-hoc-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen allen VN (Tabelle 127). Am längsten dauert es am Versorgungsstandort 1 bis zur Inanspruchnahme. Die größte Differenz besteht zwischen VN 1 und 4 mit ca. 28 Tagen.

Tabelle 127. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zur Dauer bis zum ersten Gespräch mit einem:r Psychotherapeut:in auf den Stufen 3a und 3b

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SD	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	21,00	2,52	< .001	14,50	27,50
	3	10,23	3,36	.014	1,53	18,92
	4	28,32	1,59	< .001	24,23	32,42
2	1	-21,00	2,52	< .001	-27,50	-14,50
	3	-10,77	3,67	.019	-20,28	-1,27
	4	7,32	2,18	.005	1,65	12,99
3	1	-10,23	3,36	.014	-18,92	-1,53
	2	10,77	3,67	.019	1,27	20,28
	4	18,10	3,12	< .001	10,00	26,19
4	1	-28,32	1,59	< .001	-32,42	-24,23
	2	-7,32	2,18	.005	-12,99	-1,65
	3	-18,10	3,12	< .001	-26,19	-10,00

VL-FS 2a – Inanspruchnahme des Informationsgesprächs auf Stufe 1

Im Folgenden wird die Inanspruchnahme des Informationsgesprächs auf Stufe 1 (Abbildung 37) dargestellt. Insgesamt 69,3 % (n = 1162) nahmen das Informationsgespräch in Anspruch. Das VN 2 zeichnet sich hierbei durch die höchste Rate aus.

Der χ^2 -Test weist darauf hin, dass die Inanspruchnahmerate des Informationsgesprächs auf Stufe 1 signifikant vom VN abhängt: $\chi^2(3) = 191,147$; $p < .001$.

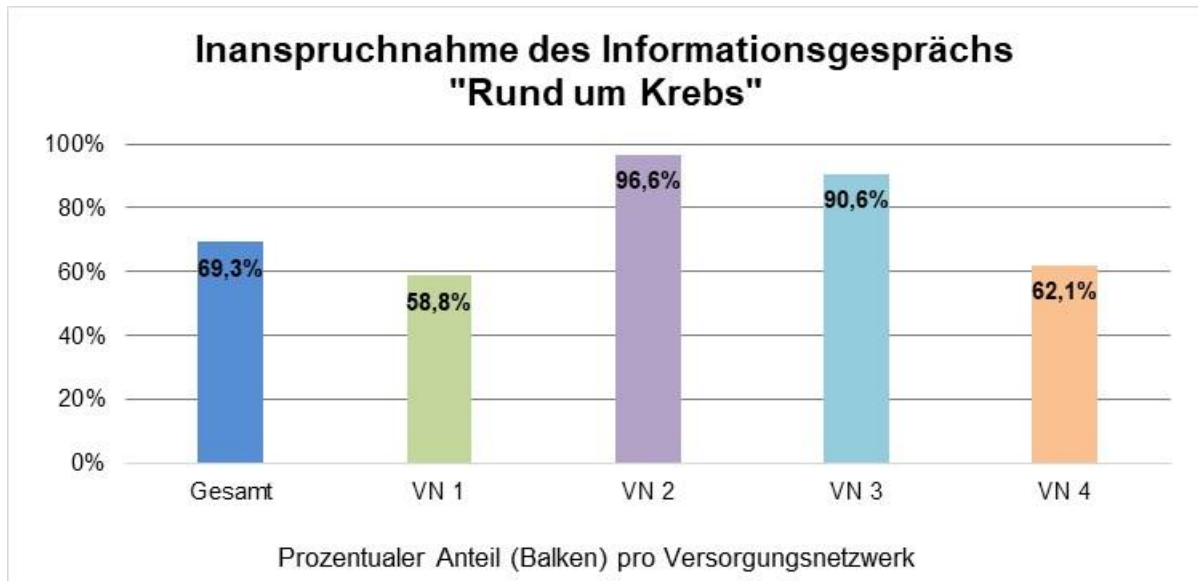


Abbildung 37. Prozentuale Anteile der isPO-Teilnehmenden je Versorgungsnetzwerk, für die ein Informationsgespräch auf Stufe 1 dokumentiert wurde

VL-FS 2b – Anteil der durch isPO-Onkolots:innen geführten Informationsgespräche

Insgesamt wurden die Informationsgespräche zu 50,7 % (n = 461) durch isPO-Onkolots:innen durchgeführt. Das VN 2 zeichnet sich hierbei ebenfalls durch die höchste Rate aus (Abbildung 38).

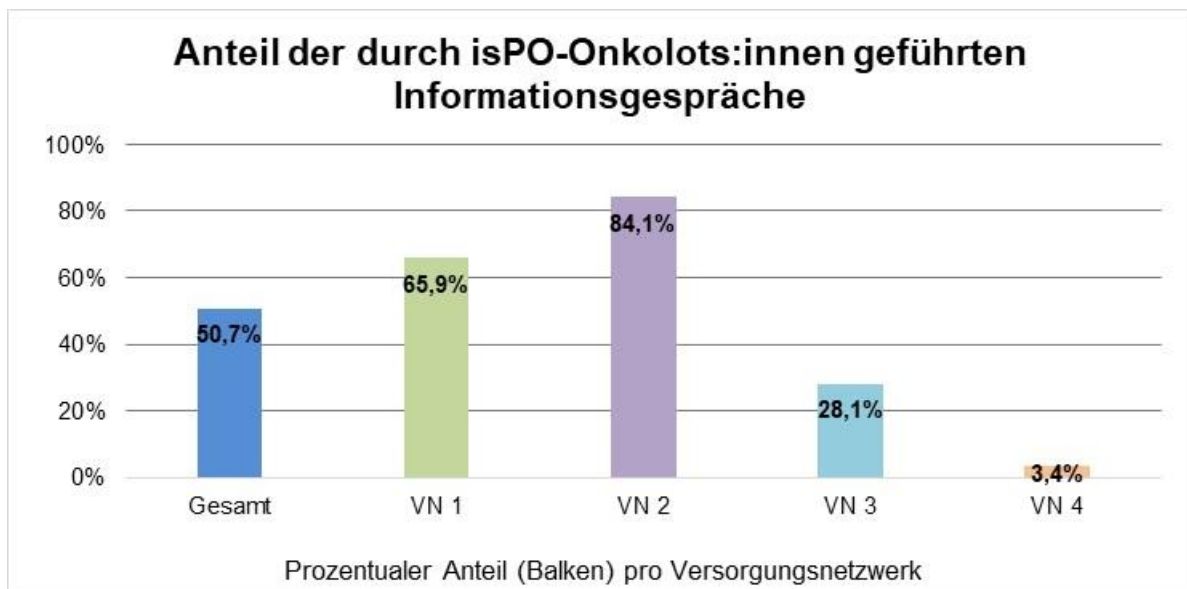


Abbildung 38. Prozentuale Anteile je Versorgungsnetzwerk an durch isPO-Onkolots:innen durchgeführten Informationsgesprächen auf Stufe 1

Der χ^2 -Test weist darauf hin, dass die Durchführung des Informationsgesprächs auf Stufe 1 durch ein:e isPO-Onkolots:in signifikant vom VN abhängt: $\chi^2(3) = 296,142$; $p < .001$.

Für 70,2 % der Informationsgespräche, die nicht durch eine:n isPO-Onkolots:in geführt wurden, wurde zudem ein Grund dokumentiert. In den regionalen VN lag dies meist an der

fehlenden Verfügbarkeit von isPO-Onkolots:innen. Im VN 1 war die häufigste Begründung, dass ein:e isPO-Onkolots:in nicht gewünscht wurde (Abbildung 39).

Der χ^2 -Test weist darauf hin, dass der Grund für die Durchführung des Informationsgesprächs auf Stufe 1 durch eine andere Person als eine:n isPO-Onkolots:in signifikant vom VN abhängt: $\chi^2(3) = 212,156$; $p < .001$. Allerdings ist dieses Ergebnis vorsichtig zu interpretieren, da die Voraussetzung von fünf und mehr Beobachtungen pro Zelle nicht erfüllt ist.

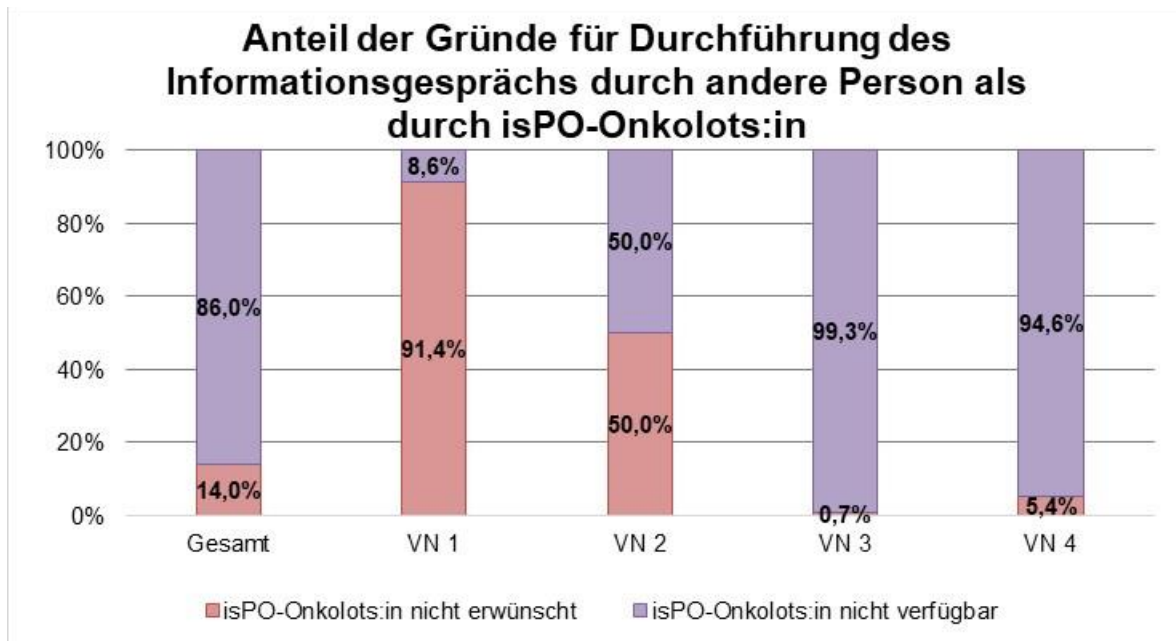


Abbildung 39. Prozentuale Anteile je Versorgungsnetzwerk der Gründe, warum das Informationsgespräch auf Stufe 1 nicht durch eine:n isPO-Onkolots:in durchgeführt wurde

VL-FS 2c – Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des Informationsgesprächs auf Stufe 1

Zur Überprüfung der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des Informationsgesprächs auf Stufe 1 wurden die unabhängigen Variablen inhaltlich im Sinne von prädisponierenden (Modell 1), befähigenden (Modell 2) und bedarfsorientierten Faktoren (Modell 3) gruppiert. Hierbei flossen nur Patient:innen in die Analysen ein, die bis zum Datenabzug (01.07.2021) mindestens vier Monate im isPO-Programm eingeschrieben waren.

Modell 1 Prädisponierende Faktoren: Altersgruppe, Geschlecht, Bildungsstand

Die Analysen zu Modell 1 basieren auf einer Stichprobe von $n = 1624$, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. **Das logistische Regressionsmodell ist statistisch signifikant – $\chi^2(8) = 27,370$; $p = .001$ – mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .024$.**

Die Analyse der Odds Ratios (Tabelle 128) zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1 für alle Altersgruppen, bis auf 80 Jahre und älter, gegenüber der Altersgruppe 18-29 Jahre signifikant mindestens doppelt so hoch ist. Die Odds Ratios für die Prädiktoren Geschlecht und Bildungsstand waren nicht signifikant.

Tabelle 128. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zu Modell 1 (prädisponierende Faktoren)

Prädiktor	OR	OR 95 % CI Min	OR 95 % CI Max	p
Altersgruppe (in Jahren)				
18-29 Jahre ^a	-	-	-	-
30-39 Jahre	2,25	1,18	4,29	.014
40-49 Jahre	2,56	1,39	4,71	.002
50-59 Jahre	3,23	1,83	5,71	< .001
60-69 Jahre	3,70	2,09	6,56	< .001
70-79 Jahre	2,75	1,50	5,02	.001
80 Jahre und älter	2,13	1,00	4,56	.051
Geschlecht				
weiblich ^a	-	-	-	-
männlich	1,05	0,84	1,31	.667
Bildungsstand nach ISCED	0,97	0,91	1,04	.387
Anmerkung. ^a Referenzkategorie				

Modell 2 Befähigungsfaktoren: Partnerschaft, Haushalt, Soziale Unterstützung, Versorgungsnetzwerk

Die Analysen zu Modell 2 basieren auf einer Stichprobe von n = 899, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. **Das logistische Regressionsmodell ist statistisch signifikant – $\chi^2(10) = 174,381$; $p < .001$ – mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .260$.**

Die Analyse der Odds Ratios zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1 für das VN 3 gegenüber dem Referenznetzwerk 1 ca. 17-mal höher war (OR = 17,90, 95 % CI [7,21; 44,48], $p < .001$). Die Odds Ratios für die Prädiktoren Partnerschaft, Haushalt und Soziale Unterstützung waren allesamt nicht signifikant.

Modell 3 Bedarfsfaktoren: Tumorentität, HADS T1, Versorgungsstufe

Die Analysen zu Modell 3 basieren auf einer Stichprobe von n = 1605, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. **Das logistische Regressionsmodell ist statistisch signifikant – $\chi^2(17) = 71,869$; $p < .001$ – mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .062$.**

Die Analyse der Odds Ratios zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1 für die Tumorentitäten Speiseröhre / Magen (OR = 0,50, 95 % CI [0,26;

0,98], $p = .043$) sowie Haut (OR = 0,50, 95 % CI [0,25; 0,99], $p = .048$) gegenüber der Referenzentität Kopf-Hals signifikant halb so hoch ist. Die Odds Ratios für die Prädiktoren HADS T1 und Versorgungsstufe waren allesamt nicht signifikant.

VL-FS 3a – Anzahl an Gesprächen auf den Versorgungsstufen 2 und 3

Patient:innen, die ein Jahr im isPO-Programm versorgt wurden und PSF-Gespräche geführt haben ($n = 479$; Stufe 2 und Stufe 3b), nahmen im Schnitt 3,05 Gespräche (Mdn = 2 Gespräche, SD = 2,55, Min = 1, Max = 19) in Anspruch. Tabelle 129 stellt die Mittelwerte im VN-Vergleich dar. Der Mittelwert liegt damit unter dem im Projekt vertraglich und konzeptuell festgelegten Mittel von 4 PSF-Gesprächen.

Tabelle 129. Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Versorgungsnetzwerken für die Stufen 2 und 3b

Versorgungsnetzwerk	N	M	SD	Min	Max
1	264	2,89	2,96	1	19
2	63	2,75	0,98	1	6
3	78	2,81	1,96	1	9
4	74	4,11	2,19	1	14

Die Anzahl der in Anspruch genommenen PSF-Gespräche auf den Stufen 2 und 3b unterscheidet sich signifikant für die verschiedenen VN, Welch-Test $F(3, 190,264) = 7,86$, $p < .001$. Die Effektstärke liegt bei $\omega^2 = .041$. Der Games-Howell-Post-hoc-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen allen VN (Tabelle 130). Die durchschnittlich meisten PSF-Gespräche werden am Versorgungsstandort 4 geführt. Die größte Differenz besteht zwischen VN 4 und 2 mit ca. 1,4 Gesprächen.

Tabelle 130. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zur Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft auf den Stufen 2 und 3b

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SD	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	0,15	0,22	.908	-0,42	0,72
	3	0,09	0,29	.991	-0,66	0,83
	4	-1,21	0,31	.001	-2,03	-0,40
2	1	-0,15	0,22	.908	-0,72	0,42
	3	-0,06	0,25	.995	-0,72	0,60
	4	-1,36	0,28	< .001	-2,10	-,62
3	1	-0,09	0,29	.991	-0,83	0,66
	2	0,06	0,25	.995	-0,60	0,72
	4	-1,30	0,34	.001	-2,18	-0,42
4	1	1,21	0,31	.001	0,40	2,03
	2	1,36	0,28	< .001	0,62	2,10
	3	1,30	0,34	.001	0,42	2,18

Hinsichtlich der PT-Gespräche (n = 577; Stufe 3a und 3b) fand für diejenigen Patient:innen, die bis zum Datenabzug ein Jahr in isPO versorgt wurden, eine mittlere Anzahl von 6,54 Gesprächen (Mdn = 5 Gespräche, SD = 6,15, Min = 1, Max = 55) statt. Tabelle 131 stellt die Mittelwerte im VN-Vergleich dar. Der Mittelwert liegt damit deutlich unter dem im Projekt vertraglich und konzeptuell festgelegten Mittel von zehn PT-Gesprächen.

Tabelle 131. Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Versorgungsnetzwerken für die Stufen 3a und 3b

Versorgungsnetzwerk	N	M	SD	Min	Max
1	319	6,16	5,76	1	42
2	96	4,16	3,12	1	18
3	101	8,44	8,36	1	55

4	61	9,08	5,78	1	38
---	----	------	------	---	----

Die Anzahl der in Anspruch genommenen PT-Gespräche auf den Stufen 3a und 3b unterscheidet sich signifikant für die verschiedenen VN, Welch-Test $F(3, 183,205) = 18,94$, $p < .001$. Die Effektstärke liegt bei $\omega^2 = .486$. Der Games-Howell-Post-hoc-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen allen VN (Tabelle 132). Die durchschnittlich meisten PT-Gespräche werden am Versorgungsstandort 4 geführt. Die größte Differenz besteht zwischen VN 4 und 2 mit ca. 4,9 Gesprächen.

Tabelle 132. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zur Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in auf den Stufen 3a und 3b

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SD	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	2,01	0,45	< .001	0,84	3,18
	3	-2,27	,89	.057	-4,59	0,05
	4	-2,92	0,81	.003	-5,03	-0,80
2	1	-2,01	0,45	< .001	-3,18	-0,84
	3	-4,28	0,89	< .001	-6,60	-1,96
	4	-4,93	0,81	< .001	-7,04	-2,81
3	1	2,27	0,89	.057	-0,05	4,59
	2	4,28	0,89	< .001	1,96	6,60
	4	-0,65	1,11	.938	-3,54	2,24
4	1	2,92	0,81	.003	0,80	5,03
	2	4,93	0,81	< .001	2,81	7,04
	3	0,65	1,11	.938	-2,24	3,54

VL-FS 3b – Einflussfaktoren auf die Anzahl an Gesprächen auf den Versorgungsstufen 2 und 3

Zur Überprüfung der Einflussfaktoren auf die Anzahl an Gesprächen auf den Versorgungsstufen 2 und 3 (PSF- und PT-Gespräche) wurden die unabhängigen Variablen inhaltlich im Sinne von prädisponierenden (Modelle 1a-1b), befähigenden (Modell 2) und bedarfsorientierten Faktoren (Modelle 3a-3h) gruppiert. Im Folgenden werden zunächst die Analysen in Bezug auf die PSF-Gespräche und im Anschluss auf die PT-Gespräche dargestellt. Hierbei fließen nur Patient:innen in die Analysen ein, die bis zum Datenabzug (Juli, 2021) ein Jahr isPO-Versorgung erhielten. Daher handelt es sich immer um Teilstichproben, auch vor

dem Hintergrund des Linkages unterschiedlicher Datensätze mit unterschiedlichen Rückläufen (CAPSYS²⁰²⁰, Patient:innenbefragung T1 & T2 und GKV-Daten).

PSF-Gespräche – Modell 1a (Alter, Geschlecht)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 479 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,05 Gespräche beträgt (SD = 2,56). Tabelle 133 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 133. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 1a (Alter, Geschlecht)

Variablen	M	SD
Alter	56,33	13,95
Geschlecht*	0,06	0,49
* dummykodiert, da von den drei Antwortkategorien (m / w / d) nur zwei Kategorien besetzt sind, wobei der Wert 1 für weiblich und der Wert 0 für männlich steht		

Die Prädiktoren Alter und Geschlecht sagen das Kriterium Anzahl an PSF-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(2, 476) = 2,15, p = .120$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PSF-Gespräche – Modell 1b (Bildungsstand)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 461 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,07 Gespräche beträgt (SD = 2,58). Tabelle 134 stellt die Mittelwerte nach Ausprägung des ISCED im Vergleich dar.

Tabelle 134. Anzahl der Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Bildungsstand (Modell 2b)

Variable	N	M	SD	Min	Max
Primarbereich	6	2,17	1,17	1	4
Sekundarbereich I	39	2,46	1,94	1	11
Sekundarbereich II	299	3,00	2,26	1	15
Bachelor bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	35	3,94	3,61	1	17
Master bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	74	3,30	3,20	1	19
Promotionsstudium	8	3,30	4,40	1	14

Die Anzahl der in Anspruch genommenen PSF-Gespräche für den Bildungsstand unterscheidet sich nicht signifikant für die verschiedenen Abschlüsse, Welch-Test $F(5,$

30,67) = 1,64, p = .180. Entsprechend zeigt der Games-Howell-Post-hoc-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bildungsabschlüssen.

PSF-Gespräche – Modell 2a (Soziale Unterstützung, Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen, Kohärenzsinn)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 122 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,57 Gespräche beträgt (SD = 3,03). Tabelle 135 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 135. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 2 (Soziale Unterstützung, Zufriedenheit mit den Gesprächen mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Kohärenzsinn, Partnerschaft)

Variablen	M	SD
OSS-3 (Soziale Unterstützung)	10,59	2,18
BS6 (Soziale Unterstützung)	19,16	4,29
Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen	3,25	0,33
Kohärenzsinn	5,02	1,09

Die Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3 & BS6), Zufriedenheit mit den PSF-Gesprächen und Kohärenzsinn sagen das Kriterium Anzahl an PSF-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(4, 117) = 0,48, p = .750$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PSF-Gespräche – Modell 2b (Partnerschaft)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 461 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,05 Gespräche beträgt (SD = 2,57). Tabelle 136 stellt die Mittelwerte nach Ausprägung der Variable Partnerschaft im Vergleich dar.

Tabelle 136. Anzahl der Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Partnerschaftsstatus (Modell 2b)

Variable	N	M	SD	Min	Max
Ohne feste Partnerschaft	115	3,26	2,78	1	14
In fester Partnerschaft, im gleichen Haushalt lebend	321	2,92	2,42	1	19
In fester Partnerschaft, nicht im gleichen Haushalt lebend	25	3,76	3,35	1	17

Die Anzahl der PSF-Gespräche unterscheidet sich nicht signifikant nach Partnerschaftsstatus $F(2, 458) = 1,76, p = .172$. Entsprechend zeigt der Tukey-Post-hoc-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

PSF-Gespräche – Modell 3a (HADS T1, Stufenzuweisung 2 und 3b)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 476 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,05 Gespräche beträgt (SD = 2,56). Tabelle 137 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 137. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3a (HADS T1, Stufenzuweisung 2 und 3b)

Variablen	M	SD
HADS (T1)	11,8	7,14
Stufenzuweisung Stufe 2 (vs. 3b)*	0,79	0,41
* dummykodiert, wobei der Wert 1 die Stufe 2 kodiert und der Wert 0 die Stufe 3b		

Das Modell mit beiden Prädiktoren HADS zu T1 und Stufenzuordnung (Stufe 2 vs. 3b) sagt das Kriterium Anzahl an PSF-Gesprächen nicht signifikant vorher (Tabelle 138), wohl aber das Modell mit dem alleinigen Prädiktor Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b) (Tabelle 138). Patient:innen auf Stufe 2 erhalten demnach ca. 1,5 PSF-Gespräche mehr als Patient:innen, die auf Stufe 3b versorgt werden (Tabelle 139). Die Regressionskoeffizienten für den Prädiktor HADS zu T1 sind nicht signifikant (Tabelle 139). Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte, korrigiertes $R^2 = .022$.

Tabelle 138. Modellzusammenfassung zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b))

Modell	Korrigiertes R^2	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.020	2,53	10,67	1	474	.001	
2	.022	2,53	2,07	1	473	.151	1,85

Tabelle 139. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b))

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b)	0,93	0,15	3,27	.001	0,37	1,49
2	Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b)	1,50	0,24	3,08	.002	0,54	2,45
	HADS T1	0,04	0,11	1,44	.151	-0,02	0,10

PSF-Gespräche – Modell 3b (Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg, Komplikationen bei der Behandlung)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 244 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,35 Gespräche beträgt (SD = 2,75). Tabelle 140 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 140. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3b (Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg, Komplikationen bei der Behandlung)

Variablen	M	SD
Operation*	0,81	0,39
Chemotherapie	0,59	0,49
Strahlentherapie	0,61	0,49
Hormontherapie	0,27	0,45
Antikörpertherapie	0,16	0,37
Alternative Behandlungsmethoden (z. B. Naturheilverfahren, Traditionelle Chinesische Medizin)	0,05	0,21
Subjektiver Behandlungserfolg	3,58	0,60
Komplikationen bei der Behandlung	1,95	1,05

* Die unterschiedlichen Behandlungsarten sind jeweils dummykodiert, wobei der Wert 1 für die jeweilige Behandlung steht und der Wert 0 anzeigt, dass diese Behandlung nicht stattgefunden hat.

Die Prädiktoren **Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg und Komplikationen bei der Behandlung** sagen das Kriterium **Anzahl an PSF-Gesprächen** nicht signifikant vorher, $F(8, 235) = 1.77$, $p = .084$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PSF-Gespräche – Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 286 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,10 Gespräche beträgt (SD = 2,60). Tabelle 141 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 141. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Variablen	M	SD
Global health status	54,08	21,88
Physical functioning	64,08	26,88
Role functioning	47,67	33,60
Emotional functioning	52,30	25,71
Cognitive functioning	67,19	28,49
Social functioning	49,07	33,23
Fatigue	60,72	28,18
Nausea and vomiting	18,07	25,36
Pain	39,34	33,59
Dyspnoea	38,69	34,23
Insomnia	52,80	35,40
Appetite loss	31,35	34,99
Constipation	24,48	33,03
Diarrhoea	21,79	33,08
Financial difficulties	30,07	35,06

Die Prädiktoren zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sagen das Kriterium Anzahl an PSF-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(15, 270) = 0,59$, $p = .886$ Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PSF-Gespräche – Modell 3d (Informationsbedürfnisse)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 212 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,33 Gespräche beträgt (SD = 2,86). Tabelle 142 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 142. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)

Variablen	M	SD
Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung	1,73	0,27
Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen	1,78	0,28

Tabelle 143 ist die Modellzusammenfassung zu entnehmen. **Die Prädiktoren zu psychosozialen Informationsbedürfnissen sagen gemeinsam das Kriterium Anzahl an PSF-Gesprächen knapp nicht signifikant vorher, $F(2, 209) = 3,01, p = .052$. Der psychosoziale Informationsbedarf zur Gesundheitsförderung alleinig sagt jedoch die Anzahl an PSF-Gesprächen signifikant vorher, $F(1,210) = 5,03, p = .026$.** Hierbei führt die Abnahme des Informationsbedarfs zum Thema Gesundheitsförderung (hohe Werte stehen für weniger Informationsbedarf) zu einer Zunahme an PSF-Gesprächen (Tabelle 144). **Die Kausalitätsrichtung ist hierbei jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.** Denkbar ist auch, dass mit zunehmenden Gesprächen weniger Informationsbedarf besteht.

Tabelle 143. Modellzusammenfassung zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)

Modell	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.019	2,83	5,03	1	210	.030	
2	.019	2,83	0,99	1	209	.320	1,89

Tabelle 144. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung	1,60	0,15	2,24	.026	0,19	3,00
2	Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung	0,94	0,09	0,96	.337	-0,98	2,86
	Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen	0,94	0,09	1,00	.321	-0,92	2,81

PSF-Gespräche – Modell 3e (Versorgung unter Corona)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 479 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 3,05 Gespräche beträgt (SD = 2,56). Tabelle 145 stellt die Mittelwerte nach Ausprägung der Variable Versorgung unter Corona im Vergleich dar.

Tabelle 145. Anzahl der Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Versorgung unter Corona (Modell 3e)

Variable	N	M	SD	Min	Max
Versorgung vor Corona	14	3,64	3,84	1	14
Bis zu 3 Monate Versorgung unter Corona	54	3,24	2,89	1	13
4-6 Monate Versorgung unter Corona	88	2,83	2,09	1	15
7-9 Monate Versorgung unter Corona	81	2,78	1,97	1	10
10-12 Monate Versorgung unter Corona	108	3,35	2,96	1	19
Versorgung unter Corona	134	2,97	2,48	1	14

Die Anzahl der PSF-Gespräche unterscheidet sich nicht signifikant nach Versorgung unter Corona $F(5, 473) = .86, p = .511$. Entsprechend zeigt der Tukey-Post-hoc-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

PSF-Gespräche – Modell 3f (psychische Vordiagnosen)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 304 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 2,98 Gespräche beträgt (SD = 2,54). Tabelle 146 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 146. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3f (psychische Vordiagnosen)

Variablen*	M	SD
Depression	0,05	0,21
Angststörung	0,02	0,14
Posttraumatische Belastungsstörung	0,01	0,08
Anpassungsstörung	0,02	0,13
Somatoforme Störung	0,00	0,06

* Das Vorliegen der genannten Diagnosen ist dummykodiert. Hierbei steht der Wert 1 für das Vorliegen der Diagnose und der Wert 0 dafür, dass diese nicht vorliegt.

Die Prädiktoren zum Vorliegen einer psychischen Diagnose vor isPO sagen das Kriterium Anzahl an PSF-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(5, 298) = 1,13$, $p = .342$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PSF-Gespräche – Modell 3g (vor isPO in Anspruch genommene psychotherapeutische Leistungen)

Von den 23 Patient:innen, die eine psychotherapeutische Leistung in vier Quartalen vor der Einschreibung in isPO in Anspruch nahmen, haben 100 % PSF-Gespräche in Anspruch genommen (Tabelle 147). Das Modell ist damit inferenzstatistisch nicht weiter prüfbar.

Tabelle 147. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3g (Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen vor isPO)

Dokumentierte psychotherapeutische Leistung in vier Quartalen vor Einschreibung in isPO	N	M	SD
Ja	23	2,52	1,93
nein	0		

PSF-Gespräche – Modell 3h (vor isPO verordnete psychiatrische Arzneimittel)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 23 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PSF-Gespräche 2,52 Gespräche beträgt (SD = 1,93). Tabelle 148 stellt den Mittelwert des Prädiktors dar.

Tabelle 148. Deskriptive Ergebnisse des Prädiktors zu Modell 3h (Arzneimittelrezept vor isPO)

Variable	M	SD
Arzneimittelrezept in vier Quartalen vor Einschreibung in isPO*	0.57	0,51
* Das Vorliegen eines Arzneimittelrezepts ist dummykodiert. Hierbei steht der Wert 1 für das Vorliegen eines solchen Rezepts und der Wert 0 zeigt an, dass dieses nicht vorliegt.		

Der Prädiktor Vorliegen eines Arzneimittelrezepts vor isPO sagt das Kriterium Anzahl an PSF-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(1, 21) = 1.35$, $p = .264$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PT-Gespräche – Modell 1a (Alter, Geschlecht)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 577 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 6,54 Gespräche beträgt (SD = 6,15). Tabelle 149 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 149. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 1a (Alter, Geschlecht)

Variablen	M	SD
Alter	56,07	13,34
Geschlecht*	0,66	0,47
* dummykodiert, da von den drei Antwortkategorien (m / w / d) nur zwei Kategorien besetzt sind, wobei der Wert 1 für weiblich und der Wert 0 für männlich steht		

Tabelle 150 ist die Modellzusammenfassung zu entnehmen. **Die Prädiktoren Alter und Geschlecht sagen das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen signifikant vorher, $F(2, 574) = 6,46$, $p = .002$.** Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zeigen, dass mit steigendem Alter die Anzahl an Gesprächen signifikant sinkt und dass Frauen signifikant mehr PT-Gespräche in Anspruch nehmen (Tabelle 151).

Tabelle 150. Modellzusammenfassung zu Modell 1a (Prädiktoren Alter und Geschlecht)

Modell	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.011	6,12	7,61	1	575	.006	
2	.019	6,10	5,27	1	574	.022	2,04

Tabelle 151. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 1a (Prädiktoren Alter und Geschlecht)

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Alter	-0,05	-0,11	-2,76	.006	-0,09	-0,02
2	Alter	-0,05	-0,10	-2,39	.017	-0,08	-0,01
	Geschlecht	1,24	0,10	2,30	.022	0,18	2,31

PT-Gespräche – Modell 1b (Bildungsstand)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 558 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 6,58 Gespräche beträgt (SD = 6,17). Tabelle 152 stellt die Mittelwerte nach Ausprägung des ISCED im Vergleich dar.

Tabelle 152. Anzahl der Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Bildungsstand (Modell 1b)

Variable	N	M	SD	Min	Max
Primärbereich	13	6,15	6,01	1	23
Sekundärbereich I	44	5,02	4,09	1	20
Sekundärbereich II	388	6,40	5,92	1	55
Bachelor bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	27	7,44	6,33	1	32
Master bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	78	8,29	8,06	1	42
Promotionsstudium	8	4,88	2,03	2	8

Die Anzahl der in Anspruch genommenen PT-Gespräche für den Bildungsstand unterscheidet sich signifikant für die verschiedenen Abschlüsse, Welch-Test $F(5, 45,26) = 2,61, p = .037$. Die Effektstärke liegt bei $\omega^2 = .01$. Der Games-Howell-Post-hoc-Test zeigt, dass der signifikante Unterschied auf die Bildungsabschlüsse Master bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm sowie Sekundärbereich I zurückzuführen ist (I-J = -3,27, SD = 1,10, $p = .041$, 95 % CI [-6,46; -0,08]). Demnach nehmen Personen mit einem Masterabschluss bzw. gleichwertigen Bildungsprogramm 3,3 Gespräche mehr in Anspruch als Personen mit einem Abschluss aus dem Sekundärbereich I.

PT-Gespräche – Modell 2a (Soziale Unterstützung, Therapeutische Allianz, Kohärenzsinn)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 136 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 5,55 Gespräche beträgt (SD = 9,36). Tabelle 153 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 153. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 2a (Soziale Unterstützung, Therapeutische Allianz, Kohärenzsinn, Partnerschaft)

Variablen	M	SD
OSS-3 (Soziale Unterstützung)	10,24	2,09
BS6 (Soziale Unterstützung)	18,76	4,21
Therapeutische Allianz	4,00	0,82
Kohärenzsinn	5,56	9,36

Tabelle 154 ist die Modellzusammenfassung zu entnehmen. Das Modell mit den **Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3 & BS6), Therapeutische Allianz und Kohärenzsinn sagt das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen signifikant vorher, $F(4, 131) = 4,13, p = .003$. Hierbei zeigt sich jedoch, dass alleinig die therapeutische Allianz die Anzahl an PT-Gesprächen signifikant vorhersagt. Mit steigender therapeutischer Allianz steigt die Anzahl an PT-Gesprächen. Die Regressionskoeffizienten der anderen Prädiktoren sind entsprechend nicht statistisch signifikant (Tabelle 155). Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte, korrigiertes $R^2 = .085$.**

Tabelle 154. Modellzusammenfassung zu Modell 2a (Prädiktoren Soziale Unterstützung, Therapeutische Allianz und Kohärenzsinn)

Modell	Korrigiertes R^2	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.099	6,67	15,81	1	134	< .001	
2	.095	6,68	0,38	1	133	.538	
3	.085	6,72	0,29	2	131	.747	2,04

Tabelle 155. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 2a (Prädiktoren Soziale Unterstützung, Therapeutische Allianz, Kohärenzsinn)

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Therapeutische Allianz	2,77	0,33	3,98	< .001	1,39	4,15
2	Therapeutische Allianz	2,77	0,33	3,97	< .001	1,39	4,15
	BS6 (Soziale Unterstützung)	-0,08	-0,05	-0,62	.538	-0,36	0,19
3	Therapeutische Allianz	2,83	-0,02	-0,24	< .001	-0,35	0,27
	BS6 (Soziale Unterstützung)	-0,04	-0,04	-0,46	.811	-0,77	0,48
	OSS-3 (Soziale Unterstützung)	-0,14	-0,05	-0,65	.648	-0,17	0,08
	Kohärenzsinn	-0,04	-0,02	-0,24	.518	-0,35	0,27

PT-Gespräche – Modell 2b (Partnerschaft)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 552 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 6,59 Gespräche beträgt (SD = 6,17). Tabelle 156 stellt die Mittelwerte nach Ausprägung der Variable Partnerschaft im Vergleich dar.

Tabelle 156. Anzahl der Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Partnerschaftsstatus (Modell 2b)

Variable	N	M	SD	Min	Max
Ohne feste Partnerschaft	141	6,84	7,22	1	55
In fester Partnerschaft, im gleichen Haushalt lebend	365	6,47	5,75	1	42
In fester Partnerschaft, nicht im gleichen Haushalt lebend	46	6,74	6,06	1	25

Die Anzahl der PT-Gespräche unterscheidet sich nicht signifikant nach Partnerschaftsstatus $F(2, 549) = 0,21, p = .814$. Entsprechend zeigt der Tukey-Post-hoc-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

PT-Gespräche – Modell 3a (HADS T1, Stufenzuweisung 3a und 3b)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 558 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 6,57 Gespräche beträgt (SD = 6,18). Tabelle 157 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 157. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3a (HADS T1, Stufenzuweisung 3a und 3b)

Variablen	M	SD
HADS (T1)	22,58	5,94
Stufenzuweisung Stufe 3a (vs. 3b)*	0,29	0,45
* dummykodiert, wobei der Wert 1 die Stufe 3a kodiert und der Wert 0 die Stufe 3b		

Tabelle 158 ist die Modellzusammenfassung zu entnehmen. **Das Modell mit den Prädiktoren HADS zu T1 und Stufenzuordnung (Stufe 3a vs. 3b) sagt das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen signifikant vorher, $F(2, 555) = 3,75$, $p = .024$. Allerdings wirkt innerhalb des Modells alleinig der Prädiktor Stufenzuweisung (Stufe 3a vs. 3b). Patient:innen auf Stufe 3a erhalten demnach ca. 1,5 PT-Gespräche weniger als Patient:innen, die auf Stufe 3b versorgt werden.** Die Regressionskoeffizienten für den Prädiktor HADS zu T1 sind nicht signifikant (Tabelle 159). Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte, korrigiertes $R^2 = .010$.

Tabelle 158. Modellzusammenfassung zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 3a vs. 3b))

Modell	Korrigiertes R^2	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.011	6,14	7,46	1	556	.007	
2	.010	6,15	0,05	1	555	.825	1,93

Tabelle 159. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3a (Prädiktoren HADS T1, Stufenzuweisung (Stufe 2 vs. 3b))

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Stufenzuweisung (Stufe 3a vs. 3b)	-1,57	-0,12	-2,73	.007	-2,69	-0,44
2	Stufenzuweisung (Stufe 3a vs. 3b)	-1,53	-0,11	-2,55	.011	-2,70	-0,35
	HADS T1	0,01	0,01	0,22	.825	-0,08	0,10

PT-Gespräche – Modell 3b (Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg, Komplikationen bei der Behandlung)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 230 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 8,27 Gespräche beträgt (SD = 6,79). Tabelle 160 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 160. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3b (Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg, Komplikationen bei der Behandlung)

Variablen	M	SD
Operation*	0,83	0,38
Chemotherapie	0,53	0,50
Strahlentherapie	0,62	0,49
Hormontherapie	0,22	0,41
Antikörpertherapie	0,15	0,36
Alternative Behandlungsmethoden (z. B. Naturheilverfahren, Traditionelle Chinesische Medizin)	0,07	0,25
Subjektiver Behandlungserfolg	3,40	0,68
Komplikationen bei der Behandlung	2,03	1,04
* Die unterschiedlichen Behandlungsarten sind jeweils dummykodiert, wobei der Wert 1 für die jeweilige Behandlung steht und der Wert 0 anzeigt, dass diese Behandlung nicht stattgefunden hat.		

Die Prädiktoren Medizinische Behandlung, Subjektiver Behandlungserfolg und Komplikationen bei der Behandlung sagen das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(8, 221) = 0,70$, $p = .694$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PT-Gespräche – Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 310 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 7,65 Gespräche beträgt (SD = 6,90). Tabelle 161 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 161. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Variablen	M	SD
Global health status	47,34	22,54

Variablen	M	SD
Physical functioning	57,72	27,93
Role functioning	38,49	32,82
Emotional functioning	38,41	23,20
Cognitive functioning	57,04	28,08
Social functioning	38,82	30,23
Fatigue	66,56	27,98
Nausea and vomiting	20,38	26,10
Pain	45,86	35,45
Dyspnoea	44,73	37,72
Insomnia	61,94	33,80
Appetite loss	34,62	36,75
Constipation	25,59	33,99
Diarrhoea	26,67	34,53
Financial difficulties	33,33	33,60

Tabelle 162 ist die Modellzusammenfassung zu entnehmen. **Die Prädiktoren zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sagen das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen signifikant vorher, $F(15, 294) = 2,15$, $p = .008$. Hierbei wirken innerhalb des Modells die Prädiktoren Körperliche Funktionsfähigkeit und Körperliche Therapienebenwirkung Durchfall. Eine Zunahme der Prädiktoren führt zu einem Anstieg der Anzahl an PT-Gesprächen (Tabelle 163). Das Modell hat eine niedrige Anpassungsgüte, korrigiertes $R^2 = .053$.**

Tabelle 162. Modellzusammenfassung zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Modell	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.012	6,85	4,78	1	308	.029	
2	.035	6,77	1,92	8	300	.057	
3	.053	6,71	1,93	6	294	.075	2,08

Tabelle 163. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3c (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	Diarrhoea	0,03	0,12	2,19	.029	0,002	0,05
2	Diarrhoea	0,03	0,16	2,67	.008	0,01	0,06
	Fatigue	0,02	0,07	0,87	.387	-0,02	0,06
	Nausea and vomiting	-0,04	-0,15	-2,04	.042	-0,08	-0,001
	Pain	-0,002	-0,01	-0,16	.876	-0,03	0,03
	Dyspnoea	-0,03	-0,15	-2,23	.027	-0,05	-0,003
	Insomnia	-0,01	-0,03	-0,45	.651	-0,03	0,02
	Appetite loss	0,03	0,14	1,82	.069	-0,002	0,05
	Constipation	-0,02	-0,10	-1,54	.124	-0,05	0,01
	Financial difficulties	0,02	0,07	1,18	.240	-0,01	0,04
3	Diarrhoea	0,03	0,17	2,77	.006	0,01	0,06
	Fatigue	0,003	0,01	0,13	.895	-0,05	0,05
	Nausea and vomiting	-0,03	-0,13	-1,76	.080	-0,07	0,004
	Pain	-0,01	-0,04	-0,52	.604	-0,04	0,02
	Dyspnoea	-0,02	-0,12	-1,75	.081	-0,05	0,003
	Insomnia	-0,01	-0,04	-0,54	.593	-0,03	0,02
	Appetite loss	0,02	0,10	1,28	.202	-0,01	0,05
	Constipation	-0,02	-0,10	-1,54	.124	-0,05	0,01
	Financial difficulties	0,01	0,07	1,10	.272	-0,01	0,04

Modell	Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
	Global health status	-0,03	-0,11	-1,22	.223	-0,09	0,02
	Physical functioning	0,06	0,26	2,48	.014	0,01	0,11
	Role functioning	-0,04	-0,18	-1,79	.075	-0,08	0,004
	Emotional functioning	-0,004	-0,01	-0,17	.865	-0,05	0,04
	Cognitive functioning	0,0002	0,001	0,01	.990	-0,03	0,04
	Social functioning	-0,02	-0,09	-1,13	.258	-0,06	0,02

PT-Gespräche – Modell 3d (Informationsbedürfnisse)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 213 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 8,55 Gespräche beträgt (SD = 6,92). Tabelle 164 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 164. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)

Variablen	M	SD
Psychosozialer Informationsbedarf – Gesundheitsförderung	1,69	0,28
Psychosozialer Informationsbedarf – Soziale Fragen	1,75	0,29

Tabelle 165 ist die Modellzusammenfassung zu entnehmen. **Die Prädiktoren zu psychosozialen Informationsbedürfnissen sagen gemeinsam das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(2, 210) = 2,00$, $p = .138$. Der psychosoziale Informationsbedarf zur Gesundheitsförderung sagt hierbei jedoch alleinig die Anzahl an PT-Gesprächen signifikant vorher ($B = 4,14$, $\beta = 0,17$, $p = .048$, 95 % CI [0,04; 8,23]).** Hierbei führt die Zunahme des Informationsbedarfs zum Thema Gesundheitsförderung (hohe Werte stehen für einen niedrigen Informationsbedarf) zu einer Zunahme von PT-Gesprächen. **Die Kausalrichtung ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.** Denkbar ist auch, dass mit zunehmenden PT-Gesprächen weniger Informationsbedarf besteht.

Tabelle 165. Modellzusammenfassung zu Modell 3d (Psychosozialer Informationsbedarf)

Modell	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers	Änderung in F	df 1	df 2	Sig. Änderung in F	Durbin-Watson-Statistik
1	.009	6,89	3,00	1	211	.090	
2	.009	6,89	1,01	1	210	.320	2,30

PT-Gespräche – Modell 3e (Versorgung unter Corona)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 575 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 6,55 Gespräche beträgt (SD = 6,16). Tabelle 166 stellt die Mittelwerte nach Ausprägung der Variable Versorgung unter Corona im Vergleich dar.

Tabelle 166. Anzahl der Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Versorgung unter Corona (Modell 3e)

Variable	N	M	SD	Min	Max
Versorgung vor Corona	14	6,71	6,53	1	23
Bis zu 3 Monate Versorgung unter Corona	64	7,11	6,36	1	27
4-6 Monate Versorgung unter Corona	76	7,41	6,95	1	38
7-9 Monate Versorgung unter Corona	117	6,32	6,41	1	42
10-12 Monate Versorgung unter Corona	129	6,59	5,73	1	28
Versorgung unter Corona	175	6,10	5,85	1	55

Die Anzahl der PT-Gespräche unterscheidet sich nicht signifikant nach Versorgung unter Corona $F(5, 569) = 0,62, p = .685$. Entsprechend zeigt der Tukey-Post-hoc-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

PT-Gespräche – Modell 3f (psychische Vordiagnosen)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 344 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 6,79 Gespräche beträgt (SD = 2,54). Tabelle 167 stellt die Mittelwerte der Prädiktoren im Vergleich dar.

Tabelle 167. Deskriptive Ergebnisse der Prädiktoren zu Modell 3f (psychische Vordiagnosen)

Variablen*	M	SD
Depression	0,10	0,30
Angststörung	0,03	0,18
Posttraumatische Belastungsstörung	0,01	0,11
Anpassungsstörung	0,02	0,15
Somatoforme Störung	0,01	0,12

* Das Vorliegen der genannten Diagnosen ist dummykodiert. Hierbei steht der Wert 1 für das Vorliegen der Diagnose und der Wert 0 zeigt an, dass diese nicht vorliegt.

Die Prädiktoren zum Vorliegen einer psychischen Diagnose vor isPO sagen das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(5, 338) = 0,68$, $p = .637$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

PT-Gespräche – Modell 3g / 3h (vor isPO in Anspruch genommene psychotherapeutische Leistungen und verordnete psychiatrische Arzneimittel)

Die Stichprobengröße beläuft sich auf 45 Patient:innen, bei denen der Mittelwert für die Gesamtanzahl der PT-Gespräche 7,71 Gespräche beträgt (SD = 6,41). Tabelle 168 stellt den Mittelwert des Prädiktors dar.

Tabelle 168. Deskriptive Ergebnisse des Prädiktors zu Modell 3g / 3h (psychotherapeutische Leistungen und Arzneimittelrezept vor isPO)

Variable	M	SD
Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in vier Quartalen vor Einschreibung in isPO	0,87	0,34
Arzneimittelrezept in vier Quartalen vor Einschreibung in isPO*	0,60	0,50

* Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen und das Vorliegen eines Arzneimittelrezepts sind dummykodiert. Hierbei steht der Wert 1 für die Inanspruchnahme bzw. das Vorliegen und der Wert 0 dafür, dass keine Inanspruchnahme stattfand bzw. kein Rezept vorliegt.

Der Prädiktor Vorliegen eines Arzneimittelrezepts vor isPO sagt das Kriterium Anzahl an PT-Gesprächen nicht signifikant vorher, $F(2, 42) = 0,728$, $p = .489$. Entsprechend sind die Regressionskoeffizienten ebenfalls nicht statistisch signifikant.

VL-FS 4a – Gesprächsmodi der PSF- und PT-Gespräche im Zeitverlauf

Bei der Betrachtung der verschiedenen dokumentierbaren Gesprächsmodi für die PSF- und PT-Gespräche (angesichtlich, telefonisch, schriftlich, sonstiges, Aktenlage, Videochat) kommen die Modi angesichtlich und telefonisch im häufigsten vor (Abbildung 40 und Abbildung 41). Im zeitlichen Verlauf wurden die Gespräche mit Start der Patient:innenrekrutierung zunächst meist angesichtlich geführt und weniger telefonisch. Mit Beginn des ersten Lockdowns im März 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie kehrt sich dieses Verhältnis schlagartig um. Danach unterscheiden sich die Verläufe zwischen PSF- und PT-Gesprächen. Hinsichtlich der PSF-Gespräche nähern sich die Kurven der Anteile angesichtlicher und telefonischer Gespräche bis zum Herbst 2020 wieder an. Ab Dezember 2020 sind telefonische Gespräche wieder häufiger als angesichtliche. Bei den PT-Gesprächen kehrt sich mit Frühsommer 2020 das Verhältnis wieder um, sodass angesichtliche Gespräche bis zum Winter 2020 häufiger sind als telefonische. Ab Januar 2021 kehrt sich das Verhältnis mehrfach um, bis sich im Juni 2021 die Anteile angesichtlicher und telefonischer Gespräche angleichen.

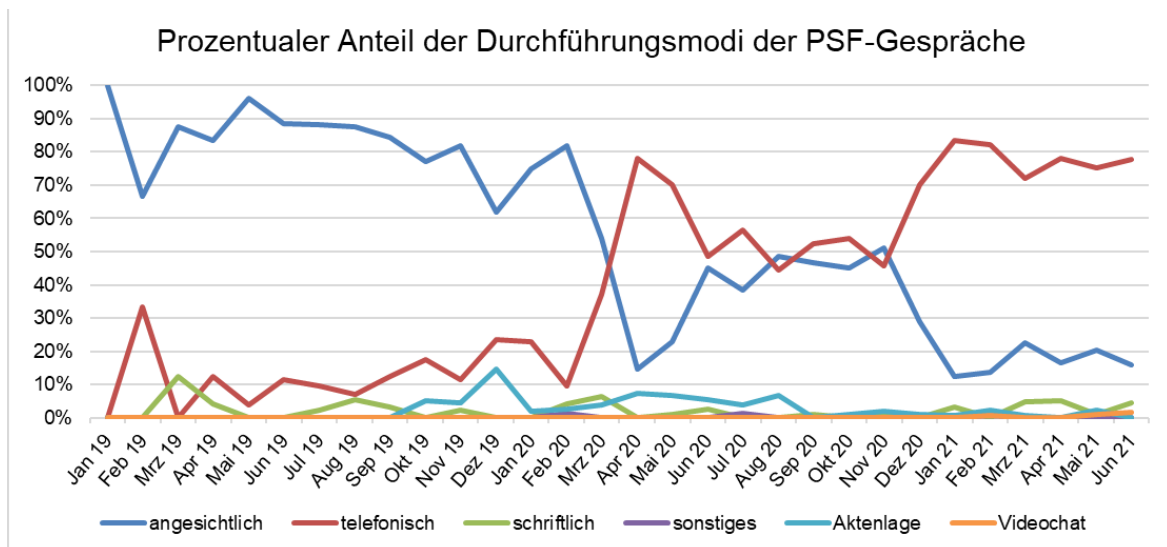


Abbildung 40. Prozentuale Anteile der verschiedenen Gesprächsmodi (Psychosoziale Fachkraft – PSF) an allen geführten PSF-Gesprächen je Monat

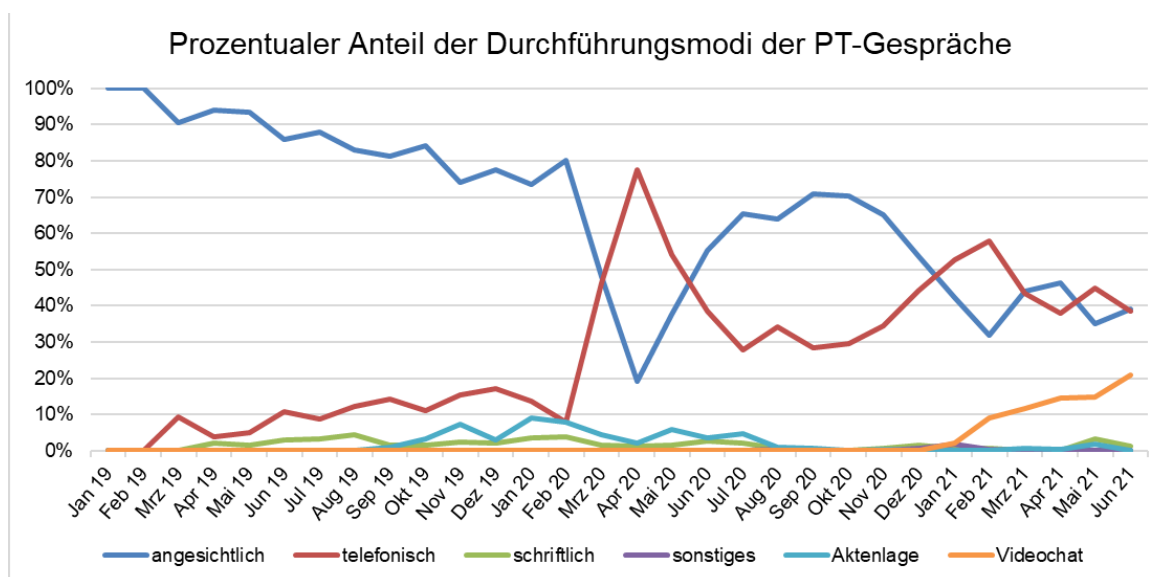


Abbildung 41. Prozentuale Anteile der verschiedenen Gesprächsmodi (Psychotherapeut:in – PT) an allen geführten PT-Gesprächen je Monat

VL-FS 4b – Anteil angesichtlicher PSF- und PT-Gespräche nach Versorgungsnetzwerken

Der Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche liegt insgesamt im Mittel bei $M = 65,05\%$ ($SD = 27,80\%$). In Tabelle 169 sind die Werte je VN dargestellt.

Die Mittelwerte der Anteile angesichtlich geführter PSF-Gespräche unterscheiden sich signifikant zwischen den VN: $Welch-F(3, 190,138) = 6,359, p < .001$. Die Post-hoc-Tests zeigen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den VN 1 und 3 sowie VN 1 und 4 (Tabelle 170).

Tabelle 169. Deskriptive Statistik zum Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft nach Versorgungsnetzwerken

Versorgungsnetzwerk	N	M (%)	SD (%)	Min (%)	Max (%)
1	225	70,83	28,00	5,00	100
2	69	61,38	27,12	25,00	100
3	81	59,61	28,71	11,00	100
4	107	59,40	24,88	7,00	100

Tabelle 170. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zu Anteilen angesichtlicher Gespräche durch ein:e Psychosoziale Fachkraft

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	0,09	0,04	.064	0,00	0,19
	3	0,11	0,04	.015	0,02	0,21
	4	0,11	0,03	.001	0,04	0,19
2	1	-0,09	0,04	.064	-0,19	0,00
	3	0,02	0,05	.980	-0,10	0,14
	4	0,02	0,04	.962	-0,09	0,13
3	1	-0,11	0,04	.015	-0,21	-0,02
	2	-0,02	0,05	.980	-0,14	0,10
	4	0,00	0,04	1.000	-0,10	0,11
4	1	-0,11	0,03	.001	-0,19	-0,04
	2	-0,02	0,04	.962	-0,13	0,09
	3	0,00	0,04	1.000	-0,11	0,10

Der Anteil angesichtlich geführter PT-Gespräche liegt insgesamt im Mittel bei $M = 67,99\%$ ($SD = 27,67\%$). In Tabelle 171 sind die Werte je VN dargestellt.

Die Mittelwerte der Anteile angesichtlich geführter PT-Gespräche unterscheiden sich signifikant zwischen den VN: Welch- $F(3, 237,759) = 13,735$, $p < .001$. Die Post-hoc-Tests zeigen statistisch bedeutsame **Unterschiede zwischen den VN 1 und 2, VN und VN 3 sowie VN 1 und 4** (Tabelle 172).

Tabelle 171. Deskriptive Statistik zum Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in nach Versorgungsnetzwerken

Versorgungsnetzwerk	N	M (%)	SD (%)	Min (%)	Max (%)
1	469	72,91	27,88	9,00	1,00
2	123	64,01	24,80	17,00	100
3	104	59,07	27,14	5,00	100
4	97	58,82	25,43	9,00	100

Tabelle 172. Ergebnisse des Games-Howell-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsnetzwerken zu Anteilen angesichtlicher Gespräche durch ein:e Psychotherapeut:in

Versorgungsnetzwerk		Mittelwertsdifferenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	0,09	0,03	.004	0,02	0,16
	3	0,14	0,03	< .001	0,06	0,22
	4	0,14	0,03	< .001	0,07	0,22
2	1	-0,09	0,03	.004	-0,16	-0,02
	3	0,05	0,03	.487	-0,04	0,14
	4	0,05	0,03	.427	-0,04	0,14
3	1	-0,14	0,03	< .001	-0,22	-0,06
	2	-0,05	0,03	.487	-0,14	0,04
	4	0,00	0,04	1.000	-0,09	0,10
4	1	-0,14	0,03	< .001	-0,22	-0,07
	2	-0,05	0,03	.427	-0,14	0,04
	3	0,00	0,04	1.000	-0,10	0,09

2.3 Versorgungserfahrungen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Versorgungserfahrungen mit der neuen Versorgungsform (nVF) isPO dargestellt, was als viertes Element zur Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen wurde. Diese Erfahrung speist sich aus drei Perspektiven: (1) isPO-Patient:innen, (2) isPO-Versorgende und (3) onkologisch Versorgende (Abbildung 42).

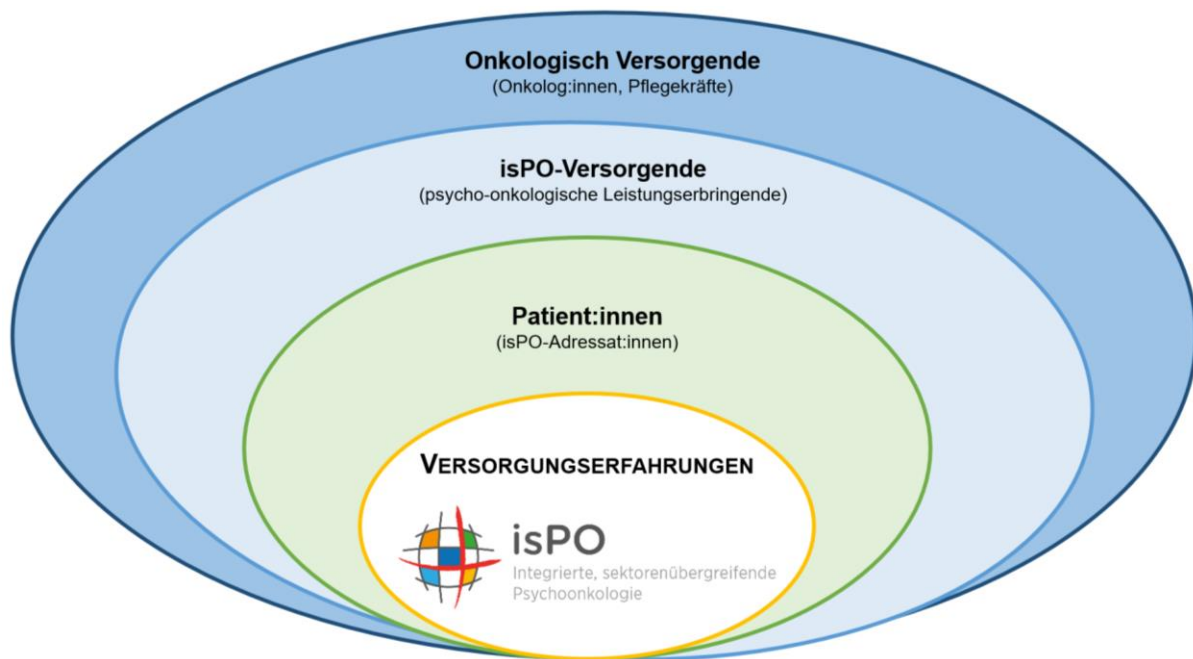


Abbildung 42. Multiperspektivische Exploration der Versorgungserfahrung mit der nVF isPO als viertes Element zur Bewertung der Versorgungsqualität

2.3.1 Schriftliche Patient:innenbefragung

Rücklauf

In die summative Evaluation fließen alle Daten der Patient:innenbefragungen der beiden Erhebungszeitpunkte T1 (drei Monate nach Einschreibung) und T2 (nach Abschluss des isPO-Programms) ein. Letztmals wurden Fragebögen am 26.04.2021 versendet. Die Anzahl der bis dahin versendeten Fragebögen bildet die Grundlage für die Kalkulation der Rücklaufquoten (Tabelle 173 und Tabelle 174). Für die Auswertung wurden alle ausgefüllten Fragebögen berücksichtigt, die bis zum Stichtag 19.07.2021 zurückgesendet worden sind.

Tabelle 173. Rücklaufquoten der Patient:innenbefragung I

Versorgungsnetzwerk	Anzahl versendeter Fragebögen	Anzahl ausgefüllter Fragebögen	Rücklaufquote (%)
1	930	577	62,0
2	232	141	60,8
3	247	176	71,3
4	190	100	52,6
Gesamt	1599	994	62,2

Tabelle 174. Rücklaufquoten der Patient:innenbefragung II

Versorgungsnetzwerk	Anzahl versendeter Fragebögen	Anzahl ausgefüllter Fragebögen	Rücklaufquote (%)
1	490	275	56,1
2	129	72	55,8
3	137	93	67,9
4	111	74	66,7
Gesamt	867	514	59,3

Beschreibung der Stichprobe

In den folgenden Unterkapiteln werden die Häufigkeitsverteilungen der soziodemografischen Angaben getrennt nach Erhebungszeitpunkten dargestellt. Die Angaben zu Alter und Geschlecht entstammen den CAPSYS²⁰²⁰-Daten. Diese wurden auf der Basis des Data-Warehouse-Pseudonyms mit den Fragebogendaten verknüpft.

Alter & Geschlecht

Tabelle 175. Deskriptive Statistiken zum Alter

	M	SD	Min	Max
Alter in Jahren (T1)	56,88	12,81	18,00	93,00
Alter in Jahren (T2)	57,15	12,90	19,00	89,00

Tabelle 176. Häufigkeiten der Angaben zum Geschlecht

	T1		T2	
	%	N	%	N
Geschlecht				
weiblich	64,7	637	67,8	345
männlich	35,3	348	32,2	164
divers	0	0	0	0
Gesamt	100	985	100	509
keine Angabe		4		3

Erwerbssituation

Tabelle 177. Häufigkeiten der Angaben zur Erwerbssituation

	T1		T2	
	%	N	%	N
Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?				
voll erwerbstätig	33,3	322	28,3	138
in Teilzeit erwerbstätig	18,7	181	17,4	85
geringfügig beschäftigt (z. B. 450 €-Job)	2,4	23	3,3	16
Hausfrau / -mann	3,8	37	7,2	35
arbeitslos	6,1	59	4,7	23
Rentner wegen Erwerbsminderung	5,6	54	5,5	27
Teilerwerbsminderung	*	*	*	*
Altersrentner	24,2	234	27,9	136
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	5,7	55	5,5	27
Gesamt	100	968	100	488
keine Angabe		21		24

Anmerkung. * Werte werden nicht berichtet, da dieses Cluster $n < 6$ ist.

Familienstand & Wohnsituation

Tabelle 178. Häufigkeiten der Angaben zum Familienstand; Mehrfachantworten möglich

	T1		T2	
	%	N	%	N
Wie ist Ihr Familienstand?				
verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft	60,1	604	60,4	309
ledig, ohne Partner	10,1	100	10,7	55
ledig, in fester Partnerschaft	13,9	137	12,5	64
geschieden / eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben	10,8	107	7,8	40
verwitwet / eingetragene:r Lebenspartner:in verstorben	5,9	58	7,4	38

Tabelle 179. Häufigkeiten der Angabe zur Wohnsituation

	T1		T2	
	%	N	%	N
Leben in Ihrem Haushalt noch andere Personen?				
ja	75,4	734	75,3	374
nein	24,6	239	24,7	123
Gesamt	100	973	100	497
keine Angabe		16		15

Fragestellungen (P-FS) 1a-5d – Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten und mögliche Prädiktoren

P-FS 1a – Unterschiede im psychosozialen Informationsbedarf zwischen den Erhebungszeitpunkten

Für n = 161 isPO-Teilnehmende lagen Daten zum psychosozialen Informationsbedarf für beide Erhebungszeitpunkte vor. Da die Items auf einer dichotomen Skala beantwortet wurden, können die Skalenwerte zwischen 1,00 und 2,00 liegen, wobei ein höherer Wert für einen geringeren Informationsbedarf steht. Dieser fällt sowohl für die Gesamtskala als auch für die beiden Subskalen Soziale Fragen und Gesundheitsförderung zu T2 höher aus als zu T1 (Tabelle 180).

Tabelle 180. Deskriptive Statistik zum psychosozialen Informationsbedarf

Skala	M	SD
Subskala Soziale Fragen (T1)	1,74	0,28
Subskala Soziale Fragen (T2)	1,82	0,24
Subskala Gesundheitsförderung (T1)	1,71	0,26
Subskala Gesundheitsförderung (T2)	1,77	0,25
Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf (T1)	1,75	0,22
Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf (T2)	1,80	0,21

Die gepaarten Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten waren laut t-Test für abhängige Stichproben für alle drei Skalen signifikant: **Subskala Soziale Fragen:** $t(160) = -4,180$, $p < .001$, 95 % CI [-0,12, -0,04]; **Subskala Gesundheitsförderung:** $t(160) = -3,412$, $p = .001$, 95 % CI [-,10, -,03]; **Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf:** $t(160) = -3,962$, $p < .001$, 95 % CI [-0,08, -0,03]. **Der psychosoziale Informationsbedarf ist somit von T1 zu T2 statistisch bedeutsam gesunken.**

P-FS 1b – Unterschiede im psychosozialen Informationsbedarf zwischen den Versorgungsstufen und -netzwerken zu T1

Bei der Stratifizierung des psychosozialen Informationsbedarfs nach Versorgungsstufen lassen sich für alle Skalen Unterschiede im Mittelwert erkennen, wobei diese sich in einem engen Bereich zwischen 1,64 und 1,85 bewegen (Tabelle 181).

Tabelle 181. Deskriptive Statistik zum psychosozialen Informationsbedarf T1 nach Versorgungsstufen

Skala je Versorgungsstufe	N	M	SD	Min	Max
Subskala Soziale Fragen					
1	40	1,84	0,23	1,14	2,00
2	163	1,82	0,25	1,00	2,00
3a	58	1,78	0,26	1,00	2,00
3b	142	1,70	0,26	1,00	2,00
Subskala Gesundheitsförderung					
1	40	1,82	0,22	1,38	2,00
2	163	1,76	0,26	1,00	2,00
3a	58	1,67	0,29	1,00	2,00
3b	142	1,64	0,29	1,00	2,00
Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf					
1	40	1,85	0,17	1,42	2,00
2	163	1,81	0,20	1,05	2,00
3a	58	1,75	0,20	1,26	2,00
3b	142	1,69	0,23	1,00	2,00

Die Mittelwerte der Skalen zum psychosozialen Informationsbedarf unterscheiden sich signifikant zwischen den Versorgungsstufen: Subskala Soziale Fragen $F(3, 399) = 7,178$, $p < .001$; Subskala Gesundheitsförderung $F(3, 399) = 7,436$, $p < .001$; Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf $F(3, 399) = 11,354$, $p < .001$.

Die Post-hoc-Tests zeigen signifikante Unterschiede für die Subskala Soziale Fragen und die Gesamtskala zwischen den Versorgungsstufen 1 und 3b sowie 2 und 3b und für die Subskala Gesundheitsförderung zwischen den Stufen 1 und 3a, 1 und 3b sowie 2 und 3b (Tabelle 182 bis Tabelle 184).

Tabelle 182. Ergebnisse des Tukey-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Subskala Soziale Fragen des psychosozialen Informationsbedarfs T1

Versorgungsstufe		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	0,01	0,04	.995	-0,10	0,13
	3a	0,06	0,05	.661	-0,07	0,19
	3b	0,14	0,05	.014	0,02	0,25
2	1	-0,01	0,04	.995	-0,13	0,10
	3a	0,05	0,04	.590	-0,05	0,15
	3b	0,13	0,02	.000	0,05	0,20
3a	1	-0,06	0,05	.661	-0,19	0,07
	2	-0,05	0,04	.590	-0,15	0,05
	3b	0,08	0,04	.204	-0,02	0,18
3b	1	-0,14	0,05	.014	-0,25	-0,02
	2	-0,13	0,03	.000	-0,20	-0,05
	3a	-0,08	0,04	.204	-0,18	0,02

Tabelle 183. Ergebnisse des Tukey-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Subskala Gesundheitsförderung des psychosozialen Informationsbedarfs T1

Versorgungsstufe		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	0,06	0,05	.636	-0,07	0,18
	3a	0,15	0,06	.043	0,00	0,29
	3b	0,18	0,05	.002	0,05	0,30
2	1	-0,06	0,05	.636	-0,18	0,07
	3a	0,09	0,04	.131	-0,02	0,20
	3b	0,12	0,03	.001	0,04	0,20
3a	1	-0,15	0,06	.043	-0,29	0,00
	2	-0,09	0,04	.131	-0,20	0,02
	3b	0,03	0,04	.902	-0,08	0,14
3b	1	-0,18	0,05	.002	-0,30	-0,05
	2	-0,12	0,03	.001	-0,20	-0,04
	3a	-0,03	0,04	.902	-0,14	0,08

Tabelle 184. Ergebnisse des Tukey-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf T1

Versorgungsstufe		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	0,04	0,04	.726	-0,06	0,13
	3a	0,10	0,04	.109	-0,01	0,21
	3b	0,16	0,04	.000	0,07	0,26
2	1	-0,04	0,04	.726	-0,13	0,06
	3a	0,06	0,03	.257	-0,02	0,14
	3b	0,12	0,02	.000	0,06	0,18
3a	1	-0,10	0,04	.109	-0,21	0,01
	2	-0,06	0,03	.257	-0,14	0,02
	3b	0,06	0,03	.195	-0,02	0,15

Versorgungsstufe		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
3b	1	-0,16	0,04	.000	-0,26	-0,07
	2	-0,12	0,02	.000	-0,18	-0,06
	3a	-0,06	0,03	.195	-0,15	0,02

Bei der Stratifizierung des psychosozialen Informationsbedarfs nach Versorgungsnetzwerken lassen sich für alle Skalen Unterschiede im Mittelwert erkennen, wobei diese sich in einem engen Bereich zwischen 1,69 und 1,86 bewegen (Tabelle 185).

Tabelle 185. Deskriptive Statistik zum psychosozialen Informationsbedarf T1 nach Versorgungsnetzwerken

Skala / Versorgungsnetzwerk	N	M	SD	Min	Max
Subskala Soziale Fragen					
VN 1	239	1,75	0,27	1,00	2,00
VN 2	53	1,78	0,25	1,00	2,00
VN 3	69	1,86	0,19	1,29	2,00
VN 4	42	1,80	0,27	1,14	2,00
Subskala Gesundheitsförderung					
VN 1	239	1,69	0,29	1,00	2,00
VN 2	53	1,71	0,24	1,13	2,00
VN 3	69	1,76	0,25	1,00	2,00
VN 4	42	1,79	0,24	1,25	2,00
Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf					
VN 1	239	1,74	0,23	1,00	2,00
VN 2	53	1,76	0,21	1,05	2,00
VN 3	69	1,82	0,17	1,37	2,00
VN 4	42	1,81	0,19	1,32	2,00

Die Mittelwerte der Subskala Soziale Fragen und der Gesamtskala zum psychosozialen Informationsbedarf unterscheiden sich signifikant zwischen den Versorgungsnetzwerken (VN): Subskala Soziale Fragen Welch- $F(3, 115,015) = 4,947$, $p = .003$; Gesamtskala Psychosozialer Informationsbedarf Welch- $F(3, 117,879) = 3,804$, $p = .012$. **Die Post-hoc-Tests zeigen signifikante Unterschiede für die Subskala Soziale Fragen (I-J = -0,11, SE = 0,03, $p = .001$, 95 % CI [-0,19; -0,04]) und die Gesamtskala (I-J = -0,08, SE = 0,03, $p = .015$, 95 % CI [-0,14; -0,01]) zwischen VN 1 und 3.**

Für die Subskala Gesundheitsförderung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede: Welch- $F(3, 118,621) = 2,667$, $p = .051$.

P-FS 2 – Abhängigkeit der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote von der Versorgungsstufe und dem -netzwerk je Erhebungszeitpunkt

Die am häufigsten in Anspruch genommenen Unterstützungsangebote über isPO hinaus sind über alle Versorgungsstufen hinweg zu Erhebungszeitpunkt T1 Entspannungsverfahren wie Autogenes Training oder Yoga (Tabelle 186). Gleiches gilt zu T2 für die Versorgungsstufen 2 und 3a. Für Stufe 1 sind zu T2 sonstige Unterstützungsangebote am häufigsten angegeben, für die Stufe der Komplexversorgung (3b) anderweitige psychotherapeutische Behandlungen. (Anmerkung: Es werden nur prozentuale Anteile berichtet, da einige Cluster $n < 6$ sind.)

Tabelle 186. Prozentuale Anteile der positiven Antworten zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote zu beiden Erhebungszeitpunkten je Versorgungsstufe

	T1				T2			
Haben Sie zusätzlich zur Betreuung in isPO eines der folgenden Unterstützungsangebote in Anspruch genommen (seit Sie am Projekt isPO teilnehmen)?	ja				ja			
	%				%			
Versorgungsstufe	1	2	3a	3b	1	2	3a	3b
Selbsthilfegruppen	4,8	4,8	2,8	4,2	0,0	5,8	5,7	7,6
Informationsveranstaltungen für Patient:innen und Angehörige	4,8	10,2	4,8	6,8	5,4	12,2	14,5	10,1
Patient:innenaktivitäten, z. B. Kochkurse, Patient:innen-Café, Patient:innen-Sportgruppe	1,2	5,2	6,8	6,3	5,4	5,9	4,4	7,0
Krebsberatungsstellen	0,0	4,5	5,4	6,0	2,7	7,0	4,3	5,7
Seelsorge	1,2	4,5	2,7	4,8	0,0	3,2	2,9	6,9
Betreuung durch eine:n Sozialarbeiter:in / Sozialdienst	8,6	18,2	9,7	17,5	11,4	12,4	3,0	19,6
Anderweitige psychotherapeutische Behandlung (aufgrund anderer psychischer Belastungen)	6,0	8,3	15,4	21,4	2,7	7,6	17,1	30,3
Entspannungsverfahren, z. B. Autogenes Training, Yoga	9,9	19,6	21,5	22,1	13,2	22,2	27,9	28,1
Ergotherapie	2,5	5,2	2,8	8,0	2,8	10,9	1,5	11,9
Künstlerische Therapien, z. B. Musik-, Kunst-, Tanztherapie	3,7	4,5	6,3	8,5	5,3	4,3	5,9	10,1
Sonstige	7,7	11,2	6,4	21,8	19,0	16,1	10,0	21,8

Die Ergebnisse der χ^2 -Tests weisen darauf hin, dass zu T1 die Inanspruchnahme von Sozialarbeit / Sozialdienst, Psychotherapie und sonstigen Unterstützungsangeboten

signifikant von der Versorgungsstufe abhängt (Tabelle 187). Zu T2 gilt dies für Sozialarbeit / Sozialdienst, Psychotherapie und Ergotherapie. Allerdings sind die Ergebnisse zu Sozialarbeit / Sozialdienst und Ergotherapie mit Vorsicht zu interpretieren, da die Voraussetzung der fünf und mehr Beobachtungen pro Zelle nicht erfüllt ist.

Tabelle 187. Ergebnisse der χ^2 -Tests zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote nach Versorgungsstufe zu beiden Erhebungszeitpunkten

	T1				T2			
	N	χ^2	df	p	N	χ^2	df	p
Haben Sie zusätzlich zur Betreuung in isPO eines der folgenden Unterstützungsangebote in Anspruch genommen (seit Sie am Projekt isPO teilnehmen)?								
Selbsthilfegruppen	892	1,101*	3	.777	454	3,162*	3	.367
Informationsveranstaltungen für Patient:innen und Angehörige	898	6,156	3	.104	453	2,351*	3	.503
Patient:innenaktivitäten, z. B. Kochkurse, Patient:innen-Café, Patient:innen-Sportgruppe	890	3,836*	3	.280	449	0,588*	3	.899
Krebsberatungsstellen	894	5,307*	3	.151	449	1,457*	3	.692
Seelsorge	891	3,039*	3	.386	451	5,251*	3	.154
Betreuung durch eine:n Sozialarbeiter:in / Sozialdienst	887	9,440	3	.024	446	11,779*	3	.008
Anderweitige psychotherapeutische Behandlung (aufgrund anderer psychischer Belastungen)	885	28,390	3	< .001	447	37,242	3	> .001
Entspannungsverfahren, z. B. Autogenes Training, Yoga	892	6,359	3	.095	455	4,756	3	.191
Ergotherapie	876	7,236*	3	.065	445	8,625*	3	.035
Künstlerische Therapien, z. B. Musik-, Kunst-, Tanztherapie	884	5,468	3	.141	449	4,848*	3	.183
Sonstige	506	15,926	3	.001	222	2,314*	3	.510
<i>Anmerkung.</i> * mind. eine Zelle hat eine erwartete Häufigkeit < 5								

Die am häufigsten in Anspruch genommenen Unterstützungsangebote über isPO hinaus sind über alle Versorgungsnetzwerke hinweg zu beiden Erhebungszeitpunkten Entspannungsverfahren wie Autogenes Training oder Yoga, mit Ausnahme von T1 Neuss (Sozialarbeit / Sozialdienst) und T2 Troisdorf (sonstige Unterstützungsangebote) (Tabelle 188). (Anmerkung: Es wurden nur prozentuale Anteile berichtet, da einige Cluster n < 6 sind.)

Tabelle 188. Prozentuale Anteile der positiven Antworten zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote zu beiden Erhebungszeitpunkten je Versorgungsnetzwerk

	T1				T2			
Haben Sie zusätzlich zur Betreuung in isPO eines der folgenden Unterstützungsangebote in Anspruch genommen (seit Sie am Projekt isPO teilnehmen)?	ja				ja			
	%				%			
Versorgungsnetzwerk	1	2	3	4	1	2	3	4
Selbsthilfegruppen	5,5	3,1	1,9	3,3	7,4	1,5	6,2	4,5
Informationsveranstaltungen für Patient:innen und Angehörige	7,6	7,0	7,3	9,8	12,9	13,8	9,9	4,5
Patient:innenaktivitäten, z. B. Kochkurse, Patient:innen-Café, Patient:innen-Sportgruppe	7,3	3,1	1,2	7,7	7,6	6,3	1,3	6,0
Krebsberatungsstellen	5,7	6,9	1,2	3,3	5,9	4,5	6,2	6,1
Seelsorge	3,2	10,7	2,5	2,2	3,4	9,5	4,8	1,5
Betreuung durch eine:n Sozialarbeiter:in / Sozialdienst	12,5	25,6	18,5	13,5	12,7	18,5	20,3	3,1
Anderweitige psychotherapeutische Behandlung (aufgrund anderer psychischer Belastungen)	15,8	16,3	8,1	12,2	19,4	19,7	12,7	7,7
Entspannungsverfahren, z. B. Autogenes Training, Yoga	20,5	27,7	14,2	16,9	27,4	25,0	22,9	14,9
Ergotherapie	5,2	8,0	3,1	9,1	12,4	6,2	6,2	4,6
Künstlerische Therapien, z. B. Musik-, Kunst-, Tanztherapie	7,7	5,5	2,4	5,7	8,4	4,7	3,7	6,1
Sonstige	16,8	10,8	7,7	11,4	22,3	13,9	7,5	17,6

Die Ergebnisse der χ^2 -Tests weisen darauf hin, dass zu T1 die Inanspruchnahme von Patient:innenaktivitäten, Seelsorge, Sozialarbeit / Sozialdienst und Entspannungsverfahren signifikant vom Versorgungsnetzwerk abhängt (Tabelle 189). Zu T2 gilt dies für Sozialarbeit / Sozialdienst. Allerdings sind die Ergebnisse zur Seelsorge mit Vorsicht zu interpretieren, da die Voraussetzung der fünf und mehr Beobachtungen pro Zelle nicht erfüllt ist.

Tabelle 189. Ergebnisse der χ^2 -Tests zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote nach Versorgungsnetzwerk zu beiden Erhebungszeitpunkten

Haben Sie zusätzlich zur Betreuung in isPO eines der folgenden Unterstützungsangebote in Anspruch genommen (seit Sie am Projekt isPO teilnehmen)?	T1				T2			
	N	χ^2	df	p	N	χ^2	df	p
Selbsthilfegruppen	893	4,852*	3	.183	454	3,460*	3	.326
Informationsveranstaltungen für Patient:innen und Angehörige	899	0,701	3	.873	453	4,189	3	.242
Patient:innenaktivitäten, z. B. Kochkurse, Patient:innen-Café, Patient:innen-Sportgruppe	891	10,861	3	.013	449	4,230*	3	.238
Krebsberatungsstellen	895	7,082*	3	.069	449	0,227*	3	.973
Seelsorge	892	17,827*	3	< .001	451	6,135*	3	.105
Betreuung durch eine:n Sozialarbeiter:in / Sozialdienst	888	15,015	3	.002	446	10,677	3	.014
Anderweitige psychotherapeutische Behandlung (aufgrund anderer psychischer Belastungen)	886	6,812	3	.078	447	6,434	3	.092
Entspannungsverfahren, z. B. Autogenes Training, Yoga	893	8,834	3	.032	455	4,541	3	.209
Ergotherapie	877	5,474*	3	.140	445	6,094	3	.107
Künstlerische Therapien, z. B. Musik-, Kunst-, Tanztherapie	885	6,147	3	.105	449	2,825*	3	.419
Sonstige	506	5,916	3	.116	222	4,884	3	.180

Anmerkung. * mind. eine Zelle hat eine erwartete Häufigkeit < 5

P-FS 3a – Personen- und versorgungsbezogene Einflussfaktoren auf die Bewertung des isPO-Programms zu T2

Zur Überprüfung der Einflussfaktoren auf die Bewertung des isPO-Programms zu T2 wurden diese inhaltlich in die Bereiche Soziodemografie (Modell 1), Gesundheitszustand (Modell 2), Soziale Ressourcen (Modell 3) und Psychoonkologische Versorgung (Modelle 4a-4d) gegliedert. Die Bewertung des isPO-Programms zu T2 selbst besteht aus den Skalen Subjektive Wirksamkeit (z. B. Einstellung zur Krebserkrankung, Lebensqualität) sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung (Beispielitem: Die Versorgung in isPO unterstützte mich genauso, wie ich es meinen Bedürfnissen entsprechend brauchte.). Die Skalen können Werte zwischen 1,00 und 4,00 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine bessere Bewertung steht. Weiterhin gibt es zwei Einzelitems zu den zeitlichen Rahmenbedingungen der Versorgung in isPO (Häufigkeit der Gespräche, Dauer der Sitzungen). Diese wurden dummykodiert, sodass der

Wert 1,00 für eine genau passende Terminhäufigkeit bzw. Dauer der Sitzungen und der Wert 0 für ein unpassende (zu seltene / zu geringe) Terminhäufigkeit und Dauer der Sitzungen steht. Die Kategorien „zu oft“ bzw. „zu lang“ waren gar nicht bzw. für das zweite Item nur einmal besetzt. Tabelle 190 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Kriteriumsvariablen an.

Tabelle 190. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Bewertung des isPO-Programms

Kriteriumsvariablen	Md	M	SD
Subjektive Wirksamkeit	3,00	2,90	0,74
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	3,25	3,27	0,68
Zeitliche Rahmenbedingungen – Häufigkeit der Termine	1,00	0,76	0,43
Zeitliche Rahmenbedingungen – Dauer der Sitzungen	1,00	0,88	0,33

Modell 1 – Soziodemografie: Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Erwerbstätigkeit

Die Analysen zu Modell 1 basieren auf einer Stichprobe von n = 283, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Die Erwerbstätigkeits-Ausprägung Teilerwerbsminderung wurde aus den Analysen gelöscht, da diese konstant ist. Tabelle 191 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 191. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Bewertung des isPO-Programms und den Prädiktoren zu Modell 1 (Soziodemografie)

Prädiktoren	Md	M	SD
Alter in Jahren	59,00	57,33	13,35
Geschlecht*	1,00		
Bildungsstand nach ISCED**	3,00		
Erwerbstätigkeit***	2,00		

Anmerkung. * dummykodiert (0 = männlich; 1 = weiblich); ** Gruppe 3 = Sekundärbereich II; *** Erwerbssituation mittels neun Gruppen erhoben, die unterschiedliche erwerbliche Situationen abfragen, z. B. Vollzeit, Teilzeit; Gruppe 2 = in Teilzeit erwerbstätig; für die linearen Regressionsanalysen jeweils dummykodiert als Prädiktor aufgenommen, für die logistischen Regressionsanalysen mit Referenzkategorie (kategorial) als Prädiktor aufgenommen

Tabelle 192 bildet die Modellzusammenfassungen für die Bewertungsskalen zur subjektiven Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Erwerbstätigkeit sagt die Bewertung nicht vorher.** Entsprechend der Ergebnisse der Modellzusammenfassung sind die Regressionskoeffizienten nicht signifikant.

Das Modell zur Häufigkeit der Termine ist ebenfalls nicht signifikant (Tabelle 193), jedoch das für die Dauer der Sitzungen. **In Referenz zu in Vollzeit tätigen Personen sinkt die relative Wahrscheinlichkeit, dass die Dauer der Sitzungen genau passend ist, um 73,2 % (Exp(B) = .268, p = .035), wenn eine Person Altersrenter:in ist.** Es besteht ein mittlerer Effekt (Cohens $f^2 = .24$).

Tabelle 192. Modellzusammenfassung zu Modell 1 (Prädiktoren Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Erwerbstätigkeit)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Subjektive Wirksamkeit	-.010	0,67	0,734	10	272	.692	2,02
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.001	0,58	1,032	10	272	.416	2,15

Tabelle 193. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 1 (Soziodemografie) – Zeitliche Rahmenbedingungen

Kriteriumsvariable	χ^2	df	p	Nagelkerkes R ²
Häufigkeit der Termine	13,77	15	.543	.070
Dauer der Sitzungen	32,40	15	.006	.193

Modell 2 – Gesundheitszustand: Tumorentität, Psychische Diagnosen, Versorgungsstufe, Kohärenzsinn

Die Analysen zu Modell 2 basieren auf einer Stichprobe von n = 194, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Tabelle 194 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an. Die Angaben zu psychischen Diagnosen wurden mithilfe der GKV-Daten gebildet (zur Methodik siehe Kapitel 1.2.2.2 des Evaluationsberichts).

Tabelle 194. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 2 (Gesundheitszustand)

Prädiktoren	Md	M	SD
Tumorentität	8*		
Kopf-Hals**	0	0,04	0,19
Speiseröhre / Magen*	0	0,06	0,24
Darm*	0	0,06	0,24
Leber*	0	0,01	0,11
Bauchspeicheldrüse*	0	0,03	0,16
Lunge*	0	0,10	0,30
Haut*	0	0,06	0,23
Brustdrüse*	0	0,25	0,43
weibliche Genitalorgane*	0	0,06	0,23
Prostata*	0	0,03	0,17
Niere / Harnwege*	0	0,01	0,10
Harnblase*	0	0,02	0,13
blutbildende und lymphatische Organe*	0	0,11	0,32
Sonstige*	0	0,16	0,37
Psychische Diagnose vier Quartale vor Einschreibung in isPO*	0	0,09	0,29
Depression-Diagnose vier Quartale vor Einschreibung in isPO*	0	0,07	0,25
Angststörung-Diagnose vier Quartale vor Einschreibung in isPO*	0	0,02	0,15
PTBS-Diagnose vier Quartale vor Einschreibung in isPO*	0	0,01	0,09
Anpassungsstörung-Diagnose vier Quartale vor Einschreibung in isPO*	0	0,02	0,13
Somatoforme-Störung-Diagnose vier Quartale vor Einschreibung in isPO*	0	0,01	0,09
Versorgungsstufe	3a		
Kohärenzsinn	5	4,93	1,00
<i>Anmerkung.</i> * Kategorie 8 = Brustdrüse ** dummykodiert (0 = nein; 1 = ja bzw. 0 = nicht dokumentiert; 1 = dokumentiert); PBTS = Posttraumatische Belastungsstörung			

Tabelle 195 bildet die Modellzusammenfassungen für die Bewertungsskalen Subjektive Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Tumorentität, Psychische Diagnosen, Versorgungsstufe, Kohärenzsinn sagt die Bewertung keiner der Skalen vorher. Für die Skala Subjektive Wirksamkeit sind die Regressionskoeffizienten der Prädiktoren Tumorentität – Niere / Harnwege ($B = -1,38$, $\beta = -0,15$, $p = .037$, 95 % CI [-2,67; -0,09]) sowie Tumorentität – Sonstige ($B = 0,39$, $\beta = 0,22$, $p = .008$, 95 % CI [0,10; 0,68]) signifikant. Für die Skala Zufriedenheit & Bedarfsorientierung sind die Regressionskoeffizienten der Prädiktoren Tumorentität – Niere / Harnwege ($B = -1,46$, $\beta = -0,19$, $p = .008$, 95 % CI [-2,52; -0,39]) und Kohärenzsinn ($B = 0,13$, $\beta = 0,22$, $p = .008$, 95 % CI [0,03; 0,22]) signifikant.** Die Zusammenhänge mit dem Kohärenzsinn sind positiv (je höher der Kohärenzsinn, desto höher die Bewertung der zeitlichen Rahmenbedingungen bzw. der Zufriedenheit & Bedarfsorientierung und umgekehrt).

Das Gesamtmodell mit allen Prädiktoren zur Häufigkeit der Termine ist ebenfalls nicht signifikant (Tabelle 196), jedoch zeigen sich Signifikanzen in Bezug auf die Prädiktoren Versorgungsstufe und Kohärenzsinn. Im Vergleich zu Personen auf Versorgungsstufe 1 steigt die relative Wahrscheinlichkeit, dass die Häufigkeit der Termine genau passend ist, um 494,5 % ($\text{Exp}(B) = 5,945$, $p = .040$), wenn Personen auf der Versorgungsstufe 3a versorgt werden. Steigt der Kohärenzsinn um eine Einheit, steigt die relative Wahrscheinlichkeit um 55,1 % ($\text{Exp}(B) = 1,551$, $p = .035$), dass die Terminhäufigkeit genau passend ist.

Das Modell zur Dauer der Sitzungen ist signifikant (Tabelle 196). Es zeigt sich jedoch nur die Tumorentität Darm signifikant. Für Personen, die Darmkrebs haben, sinkt die relative Wahrscheinlichkeit, dass die Sitzungsdauer genau passend ist, um 89,1 % ($\text{Exp}(B) = 0,109$, $p = .028$). Es besteht ein großer Effekt (Cohens $f^2 = .52$).

Tabelle 195. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 2 (Prädiktoren Tumorentität, Psychische Diagnosen, Versorgungsstufe, Kohärenzsinn)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Subjektive Wirksamkeit	.042	0,65	1,405	21	172	.121	1,99
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.056	0,53	1,545	21	172	.069	1,87

Tabelle 196. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 2 (Prädiktoren Tumorentität, Psychische Diagnosen, Versorgungsstufe, Kohärenzsinn) – Zeitliche Rahmenbedingungen

Kriteriumsvariable	χ^2	df	p	Nagelkerkes R ²
Häufigkeit der Termine	31,43	23	.113	.194
Dauer der Sitzungen	44,41	23	.005	.338

Modell 3 – Soziale Ressourcen: Partnerschaft, Haushalt, Soziale Unterstützung

Die Analysen zu Modell 3 basieren auf einer Stichprobe von $n = 251$, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Die Haushalts-Ausprägungen Pflege- / Senioren- / Behindertenheim, Betreutes Wohnen sowie keine Angabe / Missing wurden aus den Analysen gelöscht, da diese konstant sind. Zur Erhebung der sozialen Unterstützung wurden zwei Skalen verwendet: die OSS-3 [5] und die BS6 [6]. Die OSS-3 kann Werte zwischen 3 und 14 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere soziale Unterstützung steht. Der Wertebereich der BS6 liegt zwischen 6 und 24. Ein höherer Wert steht dabei für eine höhere soziale Unterstützung. Tabelle 197 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 197. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 3 (Soziale Ressourcen)

Prädiktoren	Md	M	SD
Partnerschaft*	2,00		
Haushalt*	2,00		
Soziale Unterstützung (OSS-3)	10,00	10,23	2,10
Soziale Unterstützung (BS6)	20,00	19,09	4,34

Anmerkung. * kategoriale Variable; Der Wert 2,00 steht für „in fester Partnerschaft und im selben Haushalt lebend“ bzw. „Paar- / Familienhaushalt“.

Tabelle 198 bildet die Modellzusammenfassungen für die Bewertungsskalen ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Partnerschaft, Haushalt und Soziale Unterstützung sagt die Bewertung in den Skalen signifikant vorher. Signifikante Regressionskoeffizienten zeigen sich jedoch lediglich für den Prädiktor Soziale Unterstützung (BS6) hinsichtlich Zufriedenheit & Bedarfsorientierung ($B = 0,03$, $\beta = 0,22$, $p = .005$, 95 % CI [0,01, 0,05]) sowie für den Prädiktor Andere Haushaltsformen hinsichtlich der Skala Subjektive Wirksamkeit ($B = -0,92$, $\beta = -0,15$, $p = .021$, 95 % CI [-1,71;-0,14]).** Die Zusammenhänge mit der Skala Soziale Unterstützung (BS6) sind positiv (je höher die soziale Unterstützung, desto höher die Bewertung der Zufriedenheit & Bedarfsorientierung und umgekehrt).

Das Modell zur Häufigkeit der Termine ist signifikant (Tabelle 199), allerdings zeigen sich keine Signifikanzen für die einzelnen Prädiktoren. Das Modell zur Sitzungsdauer zeigt sich nicht signifikant (Tabelle 199). **Allerdings zeigt sich bei alleiniger Betrachtung des Prädiktors Partnerschaft, dass im Vergleich zu Personen, die ledig sind, die relative Wahrscheinlichkeit, dass die Sitzungsdauer genau passend ist, um 75,5 % sinkt ($\text{Exp}(B) = 0,245$, $p = .024$), wenn es sich um Personen handelt, die in einer Partnerschaft sind, aber nicht im selben Haushalt leben ($\chi^2(7) = 6,38$, $p = .04$).**

Tabelle 198. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 3 (Prädiktoren Partnerschaft, Haushalt, Soziale Unterstützung)

Skala	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Subjektive Wirksamkeit	.055	0,64	3,075	7	243	.004	2,01
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.059	0,54	3,222	7	243	.003	2,02

Tabelle 199. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 3 (Prädiktoren Partnerschaft, Haushalt, Soziale Unterstützung) – Zeitliche Rahmenbedingungen

Kriteriumsvariable	χ^2	df	p	Nagelkerkes R ²
Häufigkeit der Termine	16,35	7	.022	.080
Dauer der Sitzungen	11,73	7	.110	.075

Modell 4a – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des:der isPO-Case Manager:in (isPO-CM), Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1

Die Analysen zu Modell 4a basieren auf einer Stichprobe von n = 238, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Die Skala zum Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in basiert auf der HL-COM, einer Skala zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation [7]. Der Wertebereich der relativierten Skala liegt zwischen 1 und 4, wobei ein höherer Wert für eine verständnisorientiertere Gesundheitskommunikation steht. Tabelle 200 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 200. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4a (Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1)

Prädiktor	Md	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in	3,38	3,28	0,65
Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1*	1,00	0,69	0,46
<i>Anmerkung.</i> * dummykodiert (0 = nein; 1 = ja)			

Tabelle 201 bildet die Modellzusammenfassungen für die Bewertungsskalen ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Bewertung des:der isPO-CM und Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1 sagt die Bewertung hinsichtlich der Skalen Subjektive Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung signifikant vorher. Die Regressionskoeffizienten zu Subjektive Wirksamkeit (B = 0,19, β = 0,20, p = .002, 95 % CI [0,07, 0,32]) sowie zu Zufriedenheit & Bedarfsorientierung (B = 0,19, β = 0,22, p = .001, 95 % CI [0,08, 0,30]) sind für den Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-CM signifikant.** Dabei sind die Zusammenhänge

positiv (je höher die Bewertung des Gesprächs mit dem:der isPO-CM, desto höher die subjektive Wirksamkeit bzw. die Zufriedenheit & Bedarfsorientierung und umgekehrt).

Die Modelle zu den zeitlichen Rahmenbedingungen sind beide nicht signifikant (Tabelle 201).

Tabelle 201. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Subjektive Wirksamkeit	.032	0,60	4,956	2	235	.008	1,98
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.039	0,54	5,865	2	235	.003	1,99

Tabelle 202. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1) – Zeitliche Rahmenbedingungen

Kriteriumsvariable	χ^2	df	p	Nagelkerkes R ²
Häufigkeit der Termine	0,554	2	.758	.003
Dauer der Sitzungen	1,079	2	.583	.007

Modell 4b – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des:der isPO-Onkolots:in (isPO-OL)

Die Analysen zu Modell 4b basieren auf einer Stichprobe von n = 259, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Die Skala zum Gespräch mit dem:der isPO-OL kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Zufriedenheit mit dem Gespräch steht. Tabelle 202 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 203. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4b (Bewertung des isPO-OL Gesprächs; Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1)

Prädiktor	Md	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala	3,57	3,39	0,60
Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1*	1,00	0,69	0,46

Anmerkung. * dummykodiert (0 = nein; 1 = ja)

Tabelle 204 bildet die Modellzusammenfassungen für die Bewertungsskalen ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-OL – Gesamtskala sagt die Bewertung hinsichtlich der Bewertungsskalen Subjektive Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung signifikant vorher. Entsprechend sind auch die Regressionskoeffizienten für alle Kriterien signifikant** (Subjektive Wirksamkeit: $B = 0,34$, $\beta = 0,27$, $p < .001$, 95 % CI [0,19, 0,49]; Zufriedenheit & Bedarfsorientierung: $B = 0,35$, $\beta = 0,30$, $p < .001$, 95 % CI [0,21, 0,49]). **Dabei sind die Zusammenhänge positiv** (je höher die Zufriedenheit mit dem:der isPO-OL, desto höher die Bewertung des isPO-Programms und umgekehrt).

Die Modelle zu den zeitlichen Rahmenbedingungen sind beide nicht signifikant (Tabelle 205).

Tabelle 204. Modellzusammenfassung zu den multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4b (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Subjektive Wirksamkeit	.067	0,64	9,93	2	245	< .001	2,01
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.080	0,60	12,22	2	256	< .001	2,07

Tabelle 205. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Bewertung des:der isPO-Case Manager:in, Inanspruchnahme des Gesprächs auf Stufe 1) – Zeitliche Rahmenbedingungen

Kriteriumsvariable	χ^2	df	p	Nagelkerkes R ²
Häufigkeit der Termine	5,79	2	.055	.039
Dauer der Sitzungen	1,22	2	.544	.010

Modell 4c – Psychoonkologische Versorgung: Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychozialen Fachkraft (PSF), Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen

Die Analysen zu Modell 4c basieren auf einer Stichprobe von $n = 110$, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Anteil angesichtlich geführter PFS-Gespräche kann zwischen 0 und 1 liegen. Die Skala Kontakt mit der PSF kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Zufriedenheit mit den Gesprächen steht. Tabelle 206 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 206. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4c (Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen)

Prädiktor	M	SD
Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche	0,65	0,28
Kontakt mit der PSF	3,16	0,46
Gesamtanzahl PSF-Gespräche	2,90	2,39
Anmerkung. PSF = Psychosoziale Fachkraft		

Tabelle 207 bildet die Modellzusammenfassungen für die Bewertungsskalen ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PSF, Bewertung des Kontakts mit der PSF und Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen sagt die Bewertung hinsichtlich der Skalen Subjektive Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung signifikant vorher. Alleiniger Regressionskoeffizient des Prädiktors Kontakt mit der PSF ist signifikant. Dabei sind die Zusammenhänge positiv** (je besser die Bewertung des Kontakts mit der PSF, desto höher die Bewertung der subjektiven Wirksamkeit ($B = 0,77$, $\beta = 0,36$, $p < .001$, 95 % CI [0,38; 1,15]) bzw. der Zufriedenheit & Bedarfsorientierung ($B = 1,00$, $\beta = 0,59$, $p < .001$, 95 % CI [0,75; 1,26]) und umgekehrt).

Das Modell zur Häufigkeit der Termine ist signifikant (Tabelle 208). Hierbei zeigt sich ebenfalls der Prädiktor Kontakt mit der PSF signifikant. Die relative Wahrscheinlichkeit, dass die Terminhäufigkeit genau passend war, steigt um 1733,6 %, wenn die Skala zum Kontakt mit der PSF um eine Einheit steigt ($\text{Exp}(B) = 18,336$, $p = .001$). Es besteht ein großer Effekt (Cohens $f^2 = .34$).

Das Modell zur Sitzungsdauer ist ebenfalls signifikant (Tabelle 208). Die relative Wahrscheinlichkeit, dass die Sitzungsdauer genau passend war, sinkt um 99,8 % ($\text{Exp}(B) = 0,002$, $p = .034$), wenn die Gespräche ausschließlich angesichtlich stattfanden. Es besteht ein großer Effekt (Cohens $f^2 = .36$).

Tabelle 207. Modellzusammenfassung zu den multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4c (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen)

Skala	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Subjektive Wirksamkeit	.142	0,65	6,92	3	104	< .001	1,72
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.392	0,43	24,46	3	106	< .001	2,11

Tabelle 208. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4c (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer Psychosozialen Fachkraft (PSF), Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen) – Zeitliche Rahmenbedingung

Kriteriumsvariable	χ^2	df	p	Nagelkerkes R ²
Häufigkeit der Termine	17,05	3	< .001	.253
Dauer der Sitzungen	11,14	3	.011	.266

Modell 4d – Psychoonkologische Versorgung: Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen

Die Analysen zu Modell 4d basieren auf einer Stichprobe von n = 143, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Anteil angesichtlich geführter PT-Gespräche kann zwischen 0 und 1 liegen. Die Skala zur therapeutischen Allianz [8] kann Werte zwischen 1 und 5 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere therapeutische Allianz steht. Tabelle 209 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 209. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4d (Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen)

Skala	M	SD
Anteil angesichtlich geführter PT-Gespräche	0,67	0,28
Therapeutische Allianz	3,88	0,89
Gesamtanzahl PT-Gespräche	5,73	5,32

Anmerkung. PT = Psychotherapeut:in

Tabelle 210 bildet die Modellzusammenfassungen für die Bewertungsskalen ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz und Gesamtanzahl an PT-Gesprächen sagt die Bewertung hinsichtlich der Skalen Subjektive Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung signifikant vorher. Für beide Skalen ist alleinig der Regressionskoeffizient des Prädiktors Therapeutische Allianz signifikant.** Dabei sind die Zusammenhänge positiv. Je höher die therapeutische Allianz, desto höher die subjektive Wirksamkeit (B = 0,58, $\beta = 0,74$, $p < .001$, 95 % CI [0,49; 0,67]) bzw. die Zufriedenheit & Bedarfsorientierung (B = 0,47, $\beta = 0,66$, $p < .001$, 95 % CI [0,38; 0,56]) und umgekehrt.

Das Modell zur Häufigkeit der Termine ist signifikant (Tabelle 211). Hierbei zeigt sich ebenfalls der Prädiktor Therapeutische Allianz signifikant. Wenn die therapeutische Allianz um eine Einheit steigt, steigt die relative Wahrscheinlichkeit um 112,8 % (Exp(B) = 2,128, $p = .005$), dass die Terminhäufigkeit genau passend war. Es besteht ein schwach bis mittelgroßer Effekt (Cohens $f^2 = .11$).

Das Modell mit allen Prädiktoren zur Dauer der Sitzungen ist nicht signifikant (Tabelle 211). Für den Prädiktor Therapeutische Allianz zeigt sich jedoch eine Signifikanz (Exp(B) = 1,902, $p = .023$).

Tabelle 210. Modellzusammenfassung der multiplen Regressionsanalysen zu Modell 4d (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Subjektive Wirksamkeit	.545	0,46	57,405	3	138	< .001	2,02
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.442	0,46	38,49	3	139	< .001	1,99

Tabelle 211. Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zu Modell 4d (Prädiktoren Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen) – Zeitliche Rahmenbedingungen

Kriteriumsvariable	χ^2	df	p	Nagelkerkes R ²
Häufigkeit der Termine	9,30	3	.026	.103
Dauer der Sitzungen	7,26	3	.064	.081

P-FS 3b – Unterschiede in der Bewertung des isPO-Programms zu T2 zwischen den Versorgungsnetzwerken

Bei der Stratifizierung der Bewertung des isPO-Programms zu T2 nach Versorgungsnetzwerken lassen sich für die Skalen Unterschiede im Mittelwert erkennen, wobei diese sich in einem engen Bereich zwischen 3,03 und 3,13 (Subjektive Wirksamkeit) bzw. 3,31 und 3,44 (Zufriedenheit & Bedarfsorientierung) bewegen (Tabelle 212). In Bezug auf die Items zu den zeitlichen Rahmenbedingungen zeigen sich im Median keine Unterschiede (Dummykodierung, 1,00 = genau passend).

Tabelle 212. Deskriptive Statistik zur Bewertung des isPO-Programms T2 nach Versorgungsnetzwerken

Skala / Versorgungsnetzwerk	N	Md	M	SD	Min	Max
Skala Subjektive Wirksamkeit						
VN 1	108	3,00	3,07	0,64	1,00	4,00
VN 2	40	3,00	3,13	0,57	1,00	4,00
VN 3	35	3,00	3,03	0,53	2,00	4,00
VN 4	24	3,00	3,13	0,63	2,00	4,00
Skala Zufriedenheit & Bedarfsorientierung						
VN 1	108	3,50	3,38	0,58	1,00	4,00
VN 2	40	3,50	3,43	0,60	1,00	4,00
VN 3	35	3,25	3,31	0,51	2,25	4,00
VN 4	24	3,25	3,44	0,61	1,50	4,00

Skala / Versorgungsnetzwerk	N	Md	M	SD	Min	Max
Häufigkeit der Termine (Zeitliche Rahmenbedingungen)						
VN 1	190	1,00	0,77	0,42	0,00	1,00
VN 2	60	1,00	0,73	0,45	0,00	1,00
VN 3	55	1,00	0,67	0,47	0,00	1,00
VN 4	45	1,00	0,87	0,34	0,00	1,00
Dauer der Sitzungen (Zeitliche Rahmenbedingungen)						
VN 1	201	1,00	0,91	0,29	0,00	1,00
VN 2	57	1,00	0,88	0,33	0,00	1,00
VN 3	53	1,00	0,75	0,43	0,00	1,00
VN 4	47	1,00	0,92	0,28	0,00	1,00

Die Mittelwerte der Bewertungsskalen unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den VN: Subjektive Wirksamkeit Welch- $F(3, 70,232) = 0,244, p = .866$; Skala Zufriedenheit & Bedarfsorientierung Welch- $F(3, 68,585) = 0,378, p = .769$. Aufgrund der statistisch nicht bedeutsamen Ergebnisse wurden keine Post-hoc-Tests durchgeführt.

In Bezug auf die Terminhäufigkeit zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den VN ($\chi^2(3) = 5,547, p = .136$). Jedoch zeigt sich im Kruskal-Wallis-Test in Bezug auf die Dauer der Sitzungen ein signifikanter Unterschied zwischen den VN ($\chi^2(3) = 9,624, p = .022$). Im Dunn-Bonferroni-Test (Post-hoc) zeigt sich, dass die Signifikanz auf den Unterschied zwischen VN 1 und VN 3 zurückzuführen ist ($z = 3,00, p = .016$).

P-FS 4a – Unterschiede in der Lebensqualität zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

Für $n = 423$ isPO-Teilnehmende lagen Daten zur Lebensqualität für beide Erhebungszeitpunkte vor. Die hierfür verwendete Skala Global health status des EORTC-QLQ-C30 [9] kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Lebensqualität steht. Der Mittelwert des Global health status ist zu T2 höher als zu T1 (Tabelle 213).

Tabelle 213. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität

Skala	M	SD
Global health status (T1)	54,49	22,39
Global health status (T2)	61,88	21,10

Die gepaarte Differenz zwischen den Erhebungszeitpunkten ist laut t-Test für abhängige Stichproben signifikant: $t(1422) = -7,353, p < .001, 95\% \text{ CI } [-9,36, -5,41]$. Die Lebensqualität ist somit von T1 zu T2 statistisch bedeutsam gestiegen.

P-FS 4b & 4c – Unterschiede hinsichtlich personen- und versorgungsbezogener Faktoren bzw. deren Einflüsse auf die Lebensqualität zu beiden Erhebungszeitpunkten

Zur Untersuchung personen- und versorgungsbezogener Variablen hinsichtlich der Lebensqualität mit Blick auf die beiden Erhebungszeitpunkte wurden die Faktoren inhaltlich in die Bereiche Soziodemografie (Modell 1), Gesundheitszustand (Modell 2), Soziale

Ressourcen (Modell 3), Psychoonkologische Versorgung (Modelle 4a-4e) und Medizinische Versorgung (Modell 5) gliedert. Nominalskalierte Variablen wurden dabei mittels ANOVA mit Messwiederholung analysiert, mindestens ordinalskalierte Variablen mittels multipler linearer Regressionsanalyse je Erhebungszeitpunkt.

Modell 1a – Soziodemografie: Geschlecht, Erwerbstätigkeit

Zur Überprüfung der Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit liegen Daten für $n = 408$ Personen vor. Der Mittelwert des Global health status zu T1 liegt bei $M = 54,70$ ($SD = 22,48$) und zu T2 bei $M = 62,46$ ($SD = 20,83$). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nur für die Variable Geschlecht möglich (Tabelle 214), da hier alle Cluster $n \geq 6$ sind. Bei beiden Geschlechtern ist der Wert des Global health status zu T2 höher als zu T1 mit einer höheren Differenz T2-T1 bei den weiblichen isPO-Teilnehmenden.

Tabelle 214. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Geschlechtern

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Geschlecht					
weiblich	289	53,98	22,49	62,28	20,57
männlich	133	55,76	22,19	61,09	22,33

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Global-health-status-Mittelwerten zwischen den Geschlechtern und den Erwerbstätigkeiten (Tabelle 215).

Tabelle 215. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 1 (Soziodemografie)

Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η^2
Geschlecht	1	4,70	0,01	.935	.000
Erwerbstätigkeit	8	1388,29	1,94	.053	.038

Modell 1b – Soziodemografie: Alter, Bildungsstand

Die Regressionsanalysen zu Modell 1b basieren auf einer Stichprobe von $n = 412$, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Tabelle 216 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 216. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 1b (Soziodemografie)

Skala	M	SD
-------	---	----

Alter in Jahren	56,54	12,92
Bildungsstand nach ISCED	3,82	1,70

Tabelle 217 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Alter in Jahren und Bildungsstand nach ISCED sagt die Lebensqualität zu T1 nicht signifikant vorher, wohl aber zu T2. Für den Erhebungszeitpunkt T2 ist der Regressionskoeffizient für den Prädiktor Alter in Jahren signifikant, mit einem negativen Zusammenhang (je geringer das Alter, desto höher die Lebensqualität und umgekehrt) (Tabelle 218).**

Tabelle 217. Modellzusammenfassung zu Modell 1 (Prädiktoren Alter in Jahren und Bildungsstand nach ISCED)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	-.005	22,40	0,051	2	409	.951	2,10
Global health status (T2)	.018	20,92	4,756	2	409	.009	2,02

Tabelle 218. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 1 (Soziodemografie) – Erhebungszeitpunkt T2

Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
Alter in Jahren	-0,24	-0,14	-2,91	.004	-0,39	-0,08
Bildungsstand nach ISCED	0,37	0,03	0,60	.552	-0,84	1,57

Modell 2a – Gesundheitszustand: Tumorentität, Psychische Diagnose, Versorgungsstufe

Zur Überprüfung der Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Tumorentität, psychischen Diagnosen und Versorgungsstufe liegen Daten für n = 300 Personen vor. Der Mittelwert des Global health status zu T1 liegt bei M = 54,42 (SD = 22,36) und zu T2 bei M = 61,39 (SD = 21,89). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nur für die Variable Versorgungsstufe möglich (Tabelle 219), da hier alle Cluster n ≥ 6 sind. Es zeigte sich ein höherer Mittelwert des Global health status zu T2 für die Versorgungsstufen 2, 3a und 3b. Deskriptiv ist der Mittelwert umso höher, je niedriger die Versorgungsstufe.

Tabelle 219. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Versorgungsstufen

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Versorgungsstufe					
1	36	74,07	17,57	72,69	20,86
2	120	58,13	19,07	63,61	19,92
3a	42	55,56	21,67	62,50	22,11
3b	102	42,65	21,44	54,33	22,36

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Global-health-status-Mittelwerten hinsichtlich der Variablen Tumorentität und zu den psychischen Diagnosen. Die Unterschiede zwischen den Versorgungsstufen zeigen sich jedoch als statistisch bedeutsam: $F(3) = 14,457$, $p < .001$, partielles $\eta^2 < .135$.

Der Tukey-HSD-Post-hoc-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen allen Versorgungsstufen, mit Ausnahme von Versorgungsstufe 2 im Vergleich zu Versorgungsstufe 3a (Tabelle 220).

Tabelle 220. Ergebnisse des Tukey-HSD-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Lebensqualität zu beiden Erhebungszeitpunkten

Versorgungsstufe		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	12,51	3,44	.002	3,63	21,40
	3a	14,35	4,11	.003	3,73	24,97
	3b	24,89	3,51	< .001	15,83	33,96
2	1	-12,51	3,44	.002	-21,40	-3,63
	3a	1,84	3,24	.942	-6,54	10,22
	3b	12,38	2,44	< .001	6,08	18,68
3a	1	-14,35	4,11	.003	-24,97	-3,73
	2	-1,84	3,24	.942	-10,22	6,54
	3b	10,54	3,32	.009	1,97	19,11
3b	1	-24,89	3,51	< .001	-33,96	-15,83
	2	-12,38	2,44	< .001	-18,68	-6,08
	3a	-10,54	3,32	.009	-19,11	-1,97

Modell 2b – Gesundheitszustand: Kohärenzsinn

Die Regressionsanalysen zu Modell 2 basieren auf einer Stichprobe von n = 415, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Skalenwert zum Kohärenzsinn [10] kann zwischen 1 und 7 liegen, wobei ein höherer Wert für einen höheren Kohärenzsinn steht. Tabelle 221 gibt die deskriptiven Statistiken zum Prädiktor an.

Tabelle 221. Deskriptive Statistik zum Prädiktor (T1) zu Modell 2b (Gesundheitszustand)

Prädiktor	M	SD
Kohärenzsinn (T1)	6,47	10,60

Tabelle 222 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Kohärenzsinn (T1) sagt die Lebensqualität zu T1 nicht signifikant vorher, wohl aber zu T2. Für den Erhebungszeitpunkt T2 ist der Regressionskoeffizient für den Prädiktor Kohärenzsinn (T1) signifikant, mit einem positiven Zusammenhang (B = 0,26, β = 0,13, p = .009, 95 % CI [0,06;0,45]): Je höher der Kohärenzsinn, desto höher die Lebensqualität und umgekehrt.**

Tabelle 222. Modellzusammenfassung zu Modell 2b (Prädiktor Kohärenzsinn (T1))

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	-.002	22,50	0,028	1	413	.868	2,08
Global health status (T2)	.014	20,94	6,879	1	413	.009	2,13

Für die Lebensqualität zu T2 wurde außerdem sowohl der Einfluss des Kohärenzsinn zu T1 als auch zu T2 betrachtet. Hierfür liegen Daten von n = 405 Personen vor. Tabelle 223 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Kriteriumsvariablen und Prädiktoren an.

Tabelle 223. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren (T1 & T2) zu Modell 2b (Gesundheitszustand)

Prädiktor	M	SD
Kohärenzsinn (T1)	6,51	10,73
Kohärenzsinn (T2)	4,93	0,99

Tabelle 224 bildet die Modellzusammenfassung ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Kohärenzsinn (T1) und Kohärenzsinn (T2) sagt die Lebensqualität zu T2 signifikant vorher. Allerdings ist nur der Regressionskoeffizient für den Prädiktor Kohärenzsinn (T2) signifikant, mit einem positiven Zusammenhang (B = 9,26, $\beta = 0,44$, $p < .001$, 95 % CI [7,40; 11,11]: Je höher der Kohärenzsinn, desto höher die Lebensqualität und umgekehrt.**

Tabelle 224. Modellzusammenfassung zu Modell 2b (Prädiktoren Kohärenzsinn (T1) und Kohärenzsinn (T2))

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T2)	.203	18,72	52,328	2	402	< .001	2,15

Modell 3a – Soziale Ressourcen: Partnerschaft, Haushalt

Zur Überprüfung der Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Partnerschaft und Haushalt liegen Daten für n = 408 Personen vor. Der Mittelwert des Global health status zu T1 liegt bei M = 54,55 (SD = 22,42) und zu T2 bei M = 62,07 (SD = 21,16). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nur für die Variable Partnerschaft möglich (Tabelle 225), da hier alle Cluster n \geq 6 sind. Es zeigt sich ein höherer Mittelwert des Global health status zu T2 für alle Partnerschaftsstatus.

Tabelle 225. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Partnerschaftsstatus

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Partnerschaft					
ohne feste Partnerschaft	91	52,38	22,16	57,51	23,18
in fester Partnerschaft, im gleichen Haushalt lebend	286	55,65	22,36	63,87	20,12
in fester Partnerschaft, nicht im gleichen Haushalt lebend	31	50,81	23,51	58,87	22,66

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Global-health-status-Mittelwerten hinsichtlich der Variablen Partnerschaft und Haushalt (Tabelle 226). Demnach wurden keine Post-hoc-Tests durchgeführt.

Tabelle 226. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 3a (Soziale Ressourcen)

Prädiktor	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η^2
Partnerschaft	2	230,16	0,32	.729	.002
Haushalt	3	298,25	0,41	.746	.003

Modell 3b – Soziale Ressourcen: Soziale Unterstützung

Die Regressionsanalysen zu Modell 3 basieren auf einer Stichprobe von $n = 361$, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Zur Erhebung der sozialen Unterstützung wurden zwei Skalen verwendet, die OSS-3 [5] und die BS6 [6]. Die OSS-3 kann Werte zwischen 3 und 14 annehmen, die BS6 Werte zwischen 6 und 24. Bei beiden Skalen steht ein höherer Wert für eine höhere soziale Unterstützung. Tabelle 227 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 227. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Lebensqualität und den Prädiktoren zu Modell 3b (Soziale Ressourcen)

Prädiktor	M	SD
Soziale Unterstützung (OSS-3)	10,25	2,09
Soziale Unterstützung (BS6)	19,48	4,18

Tabelle 228 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3) und Soziale Unterstützung (BS6) sagt die Lebensqualität sowohl zu T1 als auch zu T2 signifikant vorher. Die Regressionskoeffizienten des Prädiktors Soziale Unterstützung (BS6) sind für beide Erhebungszeitpunkte signifikant. Zu T2 trifft dies außerdem für den Prädiktor Soziale Unterstützung (OSS-3) zu. Die Zusammenhänge sind jeweils positiv (je höher die soziale Unterstützung, desto höher die Lebensqualität und umgekehrt) (Tabelle 229 und Tabelle 230).**

Tabelle 228. Modellzusammenfassung zu Modell 3b (Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3) und Soziale Unterstützung (BS6))

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	.028	22,12	6,199	2	358	.002	2,23
Global health status (T2)	.103	20,04	21,575	2	358	< .001	2,09

Tabelle 229. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3b (Soziale Ressourcen) – Erhebungszeitpunkt T1

Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
Soziale Unterstützung (OSS-3)	-0,10	-0,01	-0,15	.883	-1,46	1,25
Soziale Unterstützung (BS6)	1,01	0,19	2,93	.004	0,33	1,69

Tabelle 230. Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zu Modell 3b (Soziale Ressourcen) – Erhebungszeitpunkt T2

Prädiktor	B	β	T	p	95 % CI Min	95 % CI Max
Soziale Unterstützung (OSS-3)	2,01	0,20	3,23	.001	0,79	3,24
Soziale Unterstützung (BS6)	0,85	0,17	2,73	.007	0,24	1,47

Modell 4a – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des isPO-Programms

Die Bewertung des isPO-Programms zu T2 besteht aus den Skalen Subjektive Wirksamkeit (z. B. Einstellung zur Krebserkrankung, Lebensqualität) sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung (Beispielitem: Die Versorgung in isPO unterstützte mich genauso, wie ich es meinen Bedürfnissen entsprechend brauchte.). Die Skalen können Werte zwischen 1,00 und 4,00 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine bessere Bewertung steht. Weiterhin gibt es zwei Einzelitems zu den zeitlichen Rahmenbedingungen der Versorgung in isPO (Häufigkeit der Gespräche, Dauer der Sitzungen). Diese wurden dummykodiert, sodass der Wert 1,00 für eine genau passende Terminhäufigkeit bzw. Dauer der Sitzungen und der Wert 0 für ein unpassende (zu seltene / zu geringe) Terminhäufigkeit und Dauer der Sitzungen steht. Die Kategorien „zu oft“ bzw. „zu lang“ waren gar nicht bzw. für das zweite Item nur einmal besetzt. Tabelle 231 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 231. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4a (Psychoonkologische Versorgung)

Kriteriumsvariablen	Md	M	SD
Subjektive Wirksamkeit	3,00	2,90	0,74
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	3,25	3,27	0,68
Zeitliche Rahmenbedingungen – Häufigkeit der Termine	1,00	0,76	0,43
Zeitliche Rahmenbedingungen – Dauer der Sitzungen	1,00	0,88	0,33

Tabelle 232 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Die Prädiktoren Subjektive Wirksamkeit sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung sagen die Lebensqualität zu T1 nicht signifikant vorher, wohl aber zu T2. Je höher die subjektive Wirksamkeit ($B = 3,32$, $\beta = 0,11$, $p = .035$, 95 % CI [0,24; 6,40], Cohens $f = 0,01$) bzw. Zufriedenheit & Bedarfsorientierung ($B = 4,51$, $\beta = 0,14$, $p = .007$, 95 % CI [1,27; 7,75], Cohens $f = 0,02$) bewertet wird und je passender die Häufigkeit der Termine wahrgenommen wird ($B = 5,65$, $\beta = 0,12$, $p = .045$, 95 % CI [0,12; 11,19], Cohens $f = 0,01$), desto höher ist der Gesundheitsstatus zu T2. Die Dauer der Sitzungen hat keinen signifikanten Einfluss auf den Gesundheitsstatus, weder zu T1 noch zu T2.**

Tabelle 232. Modellzusammenfassung der univariaten Regressionsanalysen zu Modell 4a (Prädiktoren Subjektive Wirksamkeit und Zufriedenheit & Bedarfsorientierung, Zeitliche Rahmenbedingungen)

Prädiktor	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
T1*							
Subjektive Wirksamkeit	.000	21,89	0,85	1	345	.357	2,23
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.002	22,01	1,60	1	352	.207	2,14
Häufigkeit der Termine	.005	22,10	2,59	1	294	.109	2,26
Dauer der Sitzungen	.008	22,37	3,36	1	303	.068	2,31
T2*							
Subjektive Wirksamkeit	.010	20,97	4,48	1	345	.035	1,93
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.018	20,74	7,49	1	352	.007	1,97
Häufigkeit der Termine	.010	20,76	4,04	1	294	.045	2,12
Dauer der Sitzungen	.005	20,89	2,61	1	303	.107	2,13
* Erhebungszeitpunkt der Kriteriumsvariable Gesundheitszustand (Global health status)							

Modell 4b – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des:der isPO-CM

Die Regressionsanalysen zu Modell 4b basieren auf einer Stichprobe von n = 382, für die Daten zu allen Kriterien und zum Prädiktor vorliegen. Die Skala zum Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in basiert auf der HL-COM, einer Skala zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation [7]. Der Wertebereich der relativierten Skala liegt zwischen 1 und 4, wobei ein höherer Wert für eine verständnisorientiertere Gesundheitskommunikation steht. Tabelle 233 gibt die deskriptiven Statistiken zum Prädiktor an.

Tabelle 233. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 4b (Bewertung des:der isPO-CM)

Prädiktor	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in	3,35	0,62

Tabelle 234 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in sagt die Lebensqualität sowohl zu T1 als auch zu T2 signifikant vorher. Dabei sind die Zusammenhänge positiv. Je besser das Gespräch bewertet wird (T1: B = 7,72, $\beta = 0,21$, $p < .001$, 95 % CI [4,14; 11,31], Cohens $f = 0,04$; T2: B = 5,96, $\beta = 0,17$, $p = .001$, 95 % CI [2,52; 9,39], Cohens $f = 0,03$), desto höher ist der Gesundheitsstatus.**

Tabelle 234. Modellzusammenfassung zu Modell 4b (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	.043	22,10	17,922	1	380	< .001	2,09
Global health status (T2)	.027	21,19	11,594	1	380	.001	2,11

Modell 4c – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des:der isPO-OL

Die Regressionsanalysen zu Modell 4c basieren auf einer Stichprobe von $n = 300$, für die Daten zu allen Kriterien und zum Prädiktor vorliegen. Die Skala zum Gespräch mit dem:der isPO-OL kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Zufriedenheit mit dem Gespräch steht. Tabelle 235 gibt die deskriptiven Statistiken des Prädiktors an.

Tabelle 235. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 4c (Bewertung des:der isPO-OL)

Prädiktor	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala	3,45	0,54

Tabelle 236 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-OL – Gesamtskala sagt die Lebensqualität zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant vorher. Dabei sind die Zusammenhänge positiv: Je höher die Zufriedenheit mit dem:der isPO-OL, desto höher die Lebensqualität und umgekehrt (T1: B = 10,58; $\beta = 0,25$, $p < .001$, 95 % CI [5,89; 15,26], Cohens $f = 0,06$; T2: B = 6,66, $\beta = 0,17$, $p = .004$, 95 % CI [2,12; 11,20], Cohens $f = 0,03$).**

Tabelle 236. Modellzusammenfassung zu Modell 4c (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	.059	22,12	19,754	1	298	< .001	2,10
Global health status (T2)	.024	21,45	8,322	1	298	.004	2,04

Modell 4d – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PSF

Die Regressionsanalysen zu Modell 4d basieren auf einer Stichprobe von n = 100, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Anteil angesichtlich geführter PFS-Gespräche kann zwischen 0 und 1 liegen. Die Skala Kontakt mit der PSF kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Zufriedenheit mit den Gesprächen steht. Tabelle 237 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 237. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4d (Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)

Prädiktoren	M	SD
Kontakt mit der PSF	3,25	,32
Gesamtanzahl PSF-Gespräche	3,79	3,15
Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche	0,61	0,28

Anmerkung. PSF = Psychosoziale Fachkraft

Das Modell aus den Prädiktoren Kontakt mit der PSF, Gesamtanzahl PSF-Gespräche und Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche sagt die Lebensqualität weder zu T1 noch zu T2 signifikant vorher (Tabelle 238). Dementsprechend ist kein Regressionskoeffizient signifikant.

Tabelle 238. Modellzusammenfassung zu Modell 4d (Prädiktoren Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)

Skala	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	.007	21,77	1,239	3	96	.300	1,79
Global health status (T2)	.039	20,50	2,324	3	96	.080	2,19

Modell 4e – Psychoonkologische Versorgung: Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r PT

Die Regressionsanalysen zu Modell 4e basieren auf einer Stichprobe von n = 131, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Anteil angesichtlich geführter PT-Gespräche kann zwischen 0 und 1 liegen. Die Skala zur therapeutischen Allianz [8] kann Werte zwischen 1 und 5 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere therapeutische Allianz steht. Tabelle 239 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Kriteriumsvariablen und Prädiktoren an.

Tabelle 239. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4e (Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an Gesprächen mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT)

Prädiktor	M	SD
Therapeutische Allianz	4,00	0,83
Gesamtanzahl PT-Gespräche	10,03	7,13
Anteil angesichtlich geführter PT-Gespräche	0,61	0,27

Anmerkung. PT = Psychotherapeut:in

Tabelle 240 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einem:r PT sagt die Lebensqualität zu T1 signifikant vorher, nicht aber zu T2.** Dementsprechend ist kein Regressionskoeffizient für T2 signifikant. **Für T1 ist alleinig der Regressionskoeffizient des Prädiktors Gesamtanzahl PT-Gespräche statistisch bedeutsam mit einem negativen Zusammenhang (B = -0,77, β = -0,24, p = .008, 95 % CI [-1,34;-0,20]): Je geringer die Anzahl der PT-Gespräche, desto höher die Lebensqualität und umgekehrt. Inhaltlich ist kritisch zu reflektieren, ob dies bedeutet, dass Personen mit höherer Lebensqualität weniger Gespräche brauchen.**

Tabelle 240. Modellzusammenfassung zu Modell 4e (Prädiktoren Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an Gesprächen mit einem:r Psychotherapeut:in (PT), Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT)

Skala	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	.042	22,23	2,888	3	127	.038	1,96
Global health status (T2)	.007	20,98	1,324	3	127	.270	1,93

Modell 5a – Medizinische Versorgung: Art der medizinischen Behandlung

Zur Überprüfung der Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Art der medizinischen Krebsbehandlung liegen Daten für n = 423 Personen vor. Der Mittelwert des Global health status zu T1 liegt bei M = 54,49 (SD = 22,39) und zu T2 bei M = 61,88 (SD = 21,10). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nicht möglich, da einige Cluster n < 6 sind.

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt signifikante Unterschiede in den Global-health-status-Mittelwerten hinsichtlich der Inanspruchnahme von Chemotherapie, Hormontherapie und Personen, die nicht wussten, welche Therapie sie erhalten haben im Vergleich zu denjenigen, die diese Option nicht ausgefüllt haben (Tabelle 241).

Tabelle 241. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 5 (Medizinische Versorgung)

Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η ²
Operation	1	171,33	0,25	.616	.001
Chemotherapie	1	8633,37	12,71	< .001	.030
Strahlentherapie	1	1563,57	2,30	.130	.006
Hormontherapie	1	7490,64	11,03	.001	.026
Antikörpertherapie	1	367,02	0,54	.463	.001
Alternative Behandlungsmethoden (z. B. Naturheilverfahren, Traditionelle Chinesische Medizin)	1	41,56	0,06	.805	.000
Andere Therapie(n)	1	70,91	0,10	.747	.000
Ich weiß nicht, welche Behandlung ich bislang erhalten habe.	1	5360,16	7,89	.005	.019
Bisher habe ich noch keine Behandlung erhalten.	1	681,64	1,00	.317	.002

Modell 5b – Medizinische Versorgung: subjektive Wahrnehmung der medizinischen Behandlung

Die Regressionsanalysen zu Modell 5 basieren auf einer Stichprobe von $n = 382$, für die Daten zu allen Kriterien und zum Prädiktor vorliegen. Die Skala zur subjektiven Wahrnehmung der medizinischen Behandlung [11] kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine größere Zufriedenheit mit der medizinischen Krebsbehandlung steht. Tabelle 242 gibt die deskriptiven Statistiken des Prädiktors an.

Tabelle 242. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 5b (Medizinische Versorgung)

Prädiktor	M	SD
Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung	3,47	0,49

Tabelle 243 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung sagt die Lebensqualität sowohl zu T1 als auch zu T2 signifikant vorher. Für beide Erhebungszeitpunkte ist der Regressionskoeffizient statistisch bedeutsam, mit einem positiven Zusammenhang. Je besser die medizinische Behandlung wahrgenommen wird, desto höher die Lebensqualität und umgekehrt** (T1: $B = 16,61$, $\beta = 0,36$, $p < .001$, 95 % CI [12,30; 20,91], Cohens $f = 0,15$; T2: $B = 19,41$, $\beta = 0,45$, $p < .001$, 95 % CI [15,48; 23,34], Cohens $f = 0,25$).

Tabelle 243. Modellzusammenfassung zu Modell 5b (Prädiktor Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung)

Kriteriumsvariable	korr. R^2	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Global health status (T1)	.129	20,79	57,447	1	380	< .001	2,24
Global health status (T2)	.197	18,96	94,406	1	380	< .001	2,01

P-FS 4d – Unterschiede hinsichtlich des Versorgungsnetzwerks in der Lebensqualität zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

Zur Überprüfung der Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Erhebungszeitpunkten nach VN liegen Daten für $n = 422$ Personen vor. Für alle VN ist der Mittelwert des Global health status zu T2 höher als zu T1 (Tabelle 244).

Tabelle 244. Deskriptive Statistik zur Lebensqualität nach Versorgungsnetzwerken

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Versorgungsnetzwerk					
1	234	54,38	22,58	63,28	20,08
2	59	55,51	21,31	59,75	21,34
3	88	53,98	23,67	58,24	23,96
4	41	55,28	20,65	65,04	19,47

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Global-health-status-Mittelwerten zwischen den VN, $F(3) = 0,594$, $p = .619$, partielles $\eta^2 = .004$. Demnach wurden keine Post-hoc-Tests durchgeführt.

P-FS 5a – Unterschiede in der Arbeitsfähigkeit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

Für $n = 403$ isPO-Teilnehmende liegen Daten zur Arbeitsfähigkeit für beide Erhebungszeitpunkte vor. Der hierfür verwendete Work Ability Score [12] kann Werte zwischen 0 und 10 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Arbeitsfähigkeit steht. Der Mittelwert des Work Ability Scores ist zu T2 höher als zu T1 (Tabelle 245).

Tabelle 245. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit

Skala	M	SD
Work Ability Score (T1)	3,92	3,06
Work Ability Score (T2)	5,11	3,11

Die gepaarte Differenz zwischen den Erhebungszeitpunkten ist laut t-Test für abhängige Stichproben signifikant: $t(402) = -8,11$, $p < .001$, 95 % CI [-1,48, -0,90]. Die Arbeitsfähigkeit ist somit von T1 zu T2 statistisch bedeutsam gestiegen.

P-FS 5b & 5c – Unterschiede hinsichtlich personen- und versorgungsbezogener Faktoren bzw. deren Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten

Zur Untersuchung personen- und versorgungsbezogener Variablen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit mit Blick auf die beiden Erhebungszeitpunkte wurden die Faktoren inhaltlich in die Bereiche Soziodemografie (Modell 1), Arbeitsbezogene Faktoren (Modell 2), Gesundheitszustand (Modell 3), Soziale Ressourcen (Modell 4), Psychoonkologische Versorgung (Modelle 5a-5e) und Medizinische Versorgung (Modell 6) gegliedert. Nominalskalierte Variablen wurden dabei mittels ANOVA mit Messwiederholung analysiert,

mindestens ordinalskalierte Variablen mittels multipler linearer Regressionsanalyse je Erhebungszeitpunkt.

Modell 1a – Soziodemografie: Geschlecht

Zur Überprüfung der Unterschiede der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Geschlecht liegen Daten für n = 402 Personen vor. Bei beiden Geschlechtern ist der Wert des Global health status zu T2 höher als zu T1 mit einer höheren Differenz T2-T1 bei den weiblichen isPO-Teilnehmenden (Tabelle 246).

Tabelle 246. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Geschlechtern

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Geschlecht					
weiblich	276	3,83	3,07	5,14	3,05
männlich	126	4,10	3,07	5,05	3,26

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Work-Ability-Score-Mittelwerten zwischen den Geschlechtern, $F(1) = 0,095$, $p = .758$, partielles $\eta^2 < .001$.

Modell 1b – Soziodemografie: Alter, Bildungsstand

Die Regressionsanalysen zu Modell 1b basieren auf einer Stichprobe von n = 393, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Tabelle 247 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 247. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Arbeitsfähigkeit und den Prädiktoren zu Modell 1 (Soziodemografie)

Prädiktor	M	SD
Alter in Jahren	56,54	12,92
Bildungsstand nach ISCED	3,82	1,70

Tabelle 248 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. Das Modell aus den Prädiktoren Alter in Jahren und Bildungsstand nach ISCED sagt die Arbeitsfähigkeit zu T1 nicht signifikant vorher, wohl aber zu T2. Für den Erhebungszeitpunkt T2 sind die Regressionskoeffizienten für beide Prädiktoren signifikant. Dabei ist der Zusammenhang mit dem Alter negativ: Je geringer das Alter, desto höher die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt ($B = -0,03$, $\beta = -0,14$, $p = .005$, 95 % CI [-0,06; -0,01]); und der Zusammenhang mit dem Bildungsstand positiv: Je höher der Bildungsgrad, desto höher die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt ($B = 0,24$, $\beta = 0,09$, $p = .01$, 95 % CI [0,06; 0,42]). Der Effekt ist klein (Cohens $f = 0,04$).

Tabelle 248. Modellzusammenfassung zu Modell 1b (Prädiktoren Alter in Jahren und Bildungsstand nach ISCED)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	.000	3,06	0,984	2	390	.375	2,09
Work Ability Score (T2)	.037	3,06	8,60	2	390	< .001	2,01

Modell 2 – Arbeitsbezogene Faktoren: Art der Arbeit, Erwerbstätigkeit

Zur Überprüfung der Unterschiede der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Art der Arbeit und Erwerbstätigkeit liegen Daten für n = 351 Personen vor. Der Mittelwert des Work Ability Scores zu T1 liegt bei M = 4,02 (SD = 3,08) und zu T2 bei M = 5,37 (SD = 3,04). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nur für die Variable Art der Arbeit möglich (Tabelle 249), da hier alle Cluster n ≥ 6 sind. Es zeigt sich ein höherer Mittelwert des Work Ability Scores zu T2 über alle Arbeitsarten hinweg.

Tabelle 249. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Art der Arbeit

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Art der Arbeit					
vorwiegend geistig tätig	168	4,45	3,24	6,08	2,92
vorwiegend körperlich tätig	26	3,50	2,75	4,35	2,43
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig	157	3,65	2,91	4,77	3,10

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt signifikante Unterschiede in den Work-Ability-Score-Mittelwerten hinsichtlich der Variablen Art der Arbeit und Erwerbstätigkeit (Tabelle 250).

Der Tukey-HSD-Post-hoc-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsarten vorwiegend geistig tätig vs. vorwiegend körperlich tätig sowie vorwiegend geistig tätig vs. etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig (Tabelle 251).

Zur Erwerbstätigkeit konnten keine Post-hoc-Tests durchgeführt werden, da mindestens eines der Cluster n < 2 ist.

Tabelle 250. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 2 (Arbeitsbezogene Faktoren)

Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η^2
Art der Arbeit	2	39,18	3,07	.048	.019
Erwerbstätigkeit	8	44,12	3,46	.001	.078

Tabelle 251. Ergebnisse des Tukey-HSD-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Arbeitsarten zur Arbeitsfähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten

Art der Arbeit		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
vorwiegend geistig tätig	vorwiegend körperlich tätig	1,34	0,53	.032	0,09	2,60
	etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig	1,06	0,28	.001	0,40	1,72
vorwiegend körperlich tätig	vorwiegend geistig tätig	-1,34	0,53	.032	-2,60	-0,09
	etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig	-0,29	0,53	.853	-1,55	0,97
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig	vorwiegend geistig tätig	-1,06	0,28	.001	-1,72	-0,40
	vorwiegend körperlich tätig	0,29	0,53	.853	-0,97	1,55

Modell 3a – Gesundheitszustand: Tumorentität, Psychische Diagnosen, Versorgungsstufe

Zur Überprüfung der Unterschiede der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Tumorentität, psychischen Diagnosen und Versorgungsstufe liegen Daten für $n = 288$ Personen vor. Der Mittelwert des Work Ability Scores zu T1 liegt bei $M = 4,00$ ($SD = 3,04$) und zu T2 bei $M = 5,10$ ($SD = 3,11$). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nur für die Variable Versorgungsstufe möglich (Tabelle 252), da hier alle Cluster $n \geq 6$ sind. Es zeigt sich ein höherer Mittelwert des Work Ability Scores zu T2 für alle Versorgungsstufen. Deskriptiv ist der Mittelwert umso höher, je niedriger die Versorgungsstufe ist.

Tabelle 252. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Versorgungsstufen

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Versorgungsstufe					
1	35	6,20	2,97	6,71	3,38
2	115	4,23	2,91	5,40	2,84
3a	39	4,18	2,98	5,56	3,10
3b	99	2,87	2,77	4,00	2,97

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Work-Ability-Score-Mittelwerten hinsichtlich der Variablen zu den psychischen Diagnosen. Allerdings zeigt sich der Unterschied zwischen den Tumorentitäten und zwischen den Versorgungsstufen als statistisch bedeutsam: $F(13) = 1,895$, $p = 0,031$, partielles $\eta^2 = .085$ bzw. $F(3) = 9,744$, $p < .001$, partielles $\eta^2 < .099$. Die Tukey-HSD-Post-hoc-Tests zeigen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Tumorentitäten. Hinsichtlich der Versorgungsstufe konnten durch die Tukey-HSD-Post-hoc-Tests signifikante Unterschiede zwischen allen Versorgungsstufen – mit Ausnahme von Versorgungsstufe 2 vs. Versorgungsstufe 3a – identifiziert werden (Tabelle 253).

Tabelle 253. Ergebnisse des Tukey-HSD-Post-hoc-Tests zu Unterschieden zwischen den Versorgungsstufen zur Arbeitsfähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten

Versorgungsstufe		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
1	2	1,64	0,48	.004	0,40	2,88
	3a	1,59	0,58	.032	0,09	3,08
	3b	3,02	0,49	< .001	1,76	4,28
2	1	-1,64	0,48	.004	-2,88	-0,40
	3a	-0,05	0,46	.999	-1,24	1,13
	3b	1,38	0,34	< .001	0,50	2,26
3a	1	-1,59	0,58	.032	-3,08	-0,09
	2	0,05	0,46	.999	-1,13	1,24
	3b	1,44	0,47	.013	0,23	2,65

Versorgungsstufe		M-Differenz	SE	p	95 % CI Min	95 % CI Max
3b	1	-3,02	0,49	< .001	-4,28	-1,76
	2	-1,38	0,34	< .001	-2,26	-0,50
	3a	-1,44	0,47	.013	-2,65	-0,23

Modell 3b – Gesundheitszustand: Kohärenzsinn, HADS

Die Regressionsanalysen zu Modell 3 basieren auf einer Stichprobe von n = 888 für die Arbeitsfähigkeit zum Erhebungszeitpunkt T1 und auf n = 384 für den Erhebungszeitpunkt T2, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Skalenwert zum Kohärenzsinn [10] kann zwischen 1 und 7 liegen, wobei ein höherer Wert für einen höheren Kohärenzsinn steht. Der HADS [13] kann Werte zwischen 0 und 52 annehmen, wobei ein höherer Wert für ein höheres Maß an Depressivität und Ängstlichkeit steht. Tabelle 254 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Kriteriumsvariablen in Abhängigkeit der Prädiktoren an.

Tabelle 254. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zur Arbeitsfähigkeit nach Erhebungszeitpunkten – Modell 3b (Gesundheitszustand)

Prädiktoren	Work Ability Score T1		Work Ability Score T2	
	M	SD	M	SD
Kohärenzsinn (T1)*	6,08	9,95	6,38	10,34
Kohärenzsinn (T2)	-	-	4,94	0,99
HADS (T1 – bei Einschreibung)*	15,57	8,19	14,72	8,01
HADS (T2 – nach 4 Monaten)	13,86	7,82	12,96	7,85
HADS (T3 – nach 12 Monaten)	-	-	11,94	7,55

Anmerkung: Bei T1 handelt sich bei der Patient:innenbefragung um drei Monate nach Einschreibung ins isPO-Programm und bei T2 um zwölf Monate nach Einschreibung (betrifft die Variable Kohärenzsinn); der HADS wiederum wurde dreimal erhoben, sodass im Variablennamen Zeitpunkte gemeint sind (ungleich der Patient:innenbefragung).

Tabelle 255 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell für die Arbeitsfähigkeit zu T1 ist signifikant, bedingt durch die Prädiktoren HADS T1 & T2. Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang: Je höher der HADS zu T1, desto niedriger die Arbeitsfähigkeit zu T1** (B = -0,03, β = -0,10, p = .025, 95 % CI [-0,06; -0,004]) bzw. T2 (B = -0,14; β = -0,35, p < .001, 95 % CI [-0,17; -0,10]). Der Prädiktor Kohärenzsinn T1 zeigt sich nicht signifikant. Der Effekt ist klein bis mittelgroß (Cohens f = 0,20). **Auch das Modell für die Kriteriumsvariable Arbeitsfähigkeit T2 ist signifikant** (Tabelle 255). **Hier sind nur die Prädiktoren HADS T2 und T3 signifikant. Es zeigt sich ebenfalls ein negativer Zusammenhang: Je höher der HADS zu T2, desto niedriger die Arbeitsfähigkeit zu T2** (B = -0,06, β = -0,15, p = .031, 95 % CI [-0,12; -0,01]) bzw. T3 (B = -0,17; β = -0,40, p < .001, 95 % CI

[-0,23; -0,11]). Die Prädiktoren HADS T1, Kohärenzsinn T1 und T2 sind nicht signifikant. Der Effekt ist mittelgroß (Cohens $f = 0,29$).

Tabelle 255. Modellzusammenfassung zu Modell 3b (Prädiktoren Kohärenzsinn (T1), HADS (T1 – bei Einschreibung), HADS (T2 – nach 4 Monaten) sowie Kohärenzsinn (T2) und HADS (T3 – nach 12 Monaten) zusätzlich bei T2)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	.169	2,77	61,078	3	884	< .001	2,08
Work Ability Score (T2)	.226	2,77	23,424	5	378	< .001	1,98

Modell 4a – Soziale Ressourcen: Partnerschaft, Haushalt

Zur Überprüfung der Unterschiede der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Partnerschaft und Haushalt liegen Daten für $n = 389$ Personen vor. Der Mittelwert des Work Ability Score zu T1 liegt bei $M = 3,91$ ($SD = 3,07$) und zu T2 bei $M = 5,12$ ($SD = 3,13$). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nur für die Variable Partnerschaft möglich (Tabelle 256), da hier alle Cluster $n \geq 6$ sind. Es zeigt sich ein höherer Mittelwert des Work Ability Scores zu T2 für alle Partnerschaftsstatus.

Tabelle 256. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Partnerschaftsstatus

Erhebungszeitpunkt	T1		T2		
	N	M	SD	M	SD
Partnerschaft					
ohne feste Partnerschaft	88	3,36	2,85	4,64	3,12
in fester Partnerschaft, im gleichen Haushalt lebend	270	4,06	3,12	5,29	3,15
in fester Partnerschaft, nicht im gleichen Haushalt lebend	31	4,16	3,10	4,94	2,93

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Work-Ability-Score-Mittelwerten hinsichtlich der Variablen Partnerschaft und Haushalt (Tabelle 257). Demnach wurden keine Post-hoc-Tests durchgeführt.

Tabelle 257. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 4a (Soziale Ressourcen)

Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η^2
----------	----	---------------------	---	---	---------------------

Partnerschaft	2	15,08	1,03	.356	.005
Haushalt	3	0,93	0,06	.979	.001

Modell 4b – Soziale Ressourcen: Soziale Unterstützung

Die Regressionsanalysen zu Modell 4b basieren auf einer Stichprobe von $n = 345$, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Zur Erhebung der sozialen Unterstützung wurden zwei Skalen verwendet: die OSS-3 [5] und die BS6 [6]. Die OSS-3 kann Werte zwischen 3 und 14 annehmen, die BS6 Werte zwischen 6 und 24. Bei beiden Skalen steht ein höherer Wert für eine höhere soziale Unterstützung. Tabelle 258 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 258. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 4b (Soziale Unterstützung)

Skala	M	SD
Soziale Unterstützung (OSS-3)	10,26	2,09
Soziale Unterstützung (BS6)	19,52	4,16

Tabelle 259 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3) und Soziale Unterstützung (BS6) sagt die Arbeitsfähigkeit nicht zu T1, wohl aber zu T2 signifikant vorher. Für den Erhebungszeitpunkt T2 ist alleinig der Regressionskoeffizient für den Prädiktor Soziale Unterstützung (OSS-3) signifikant, mit einem positiven Zusammenhang ($B = 0,26$, $\beta = 0,17$, $p = .009$, 95 % CI [0,06;0,45]): Je höher die soziale Unterstützung, desto höher die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt.** Der Effekt ist klein (Cohens $f = 0,05$).

Tabelle 259. Modellzusammenfassung zu Modell 4b (Prädiktoren Soziale Unterstützung (OSS-3) und Soziale Unterstützung (BS6))

Kriteriumsvariable	korr. R^2	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	.001	3,06	1,215	2	342	.298	2,20
Work Ability Score (T2)	.044	3,06	8,952	2	342	< .001	2,04

Modell 5a – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des isPO-Programms

Die Bewertung des isPO-Programms zu T2 besteht aus den Skalen Subjektive Wirksamkeit (z. B. Einstellung zur Krebserkrankung, Lebensqualität) sowie Zufriedenheit & Bedarfsorientierung (Beispielitem: Die Versorgung in isPO unterstützte mich genauso, wie ich es meinen Bedürfnissen entsprechend brauchte.). Die Skalen können Werte zwischen 1,00 und 4,00 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine bessere Bewertung steht. Weiterhin gibt es zwei Einzelitems zu den zeitlichen Rahmenbedingungen der Versorgung in isPO

(Häufigkeit der Gespräche, Dauer der Sitzungen). Diese wurden dummykodiert, sodass der Wert 1,00 für eine genau passende Terminhäufigkeit bzw. Dauer der Sitzungen und der Wert 0 für eine unpassende (zu seltene / zu geringe) Terminhäufigkeit und Dauer der Sitzungen steht. Die Kategorien „zu oft“ bzw. „zu lang“ waren gar nicht bzw. für das zweite Item nur einmal besetzt. Tabelle 260 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 260. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 5a (Psychoonkologische Versorgung)

Kriteriumsvariablen	Md	M	SD
Subjektive Wirksamkeit	3,00	2,90	0,74
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	3,25	3,27	0,68
Zeitliche Rahmenbedingungen – Häufigkeit der Termine	1,00	0,76	0,43
Zeitliche Rahmenbedingungen – Dauer der Sitzungen	1,00	0,88	0,33

Tabelle 261 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Die Prädiktoren zur subjektiven Wirksamkeit, Zufriedenheit & Bedarfsorientierung und zu den zeitlichen Rahmenbedingungen sagen die Lebensqualität zu T1 nicht signifikant vorher, wohl aber zu T2.** Für T1 sind entsprechend keine Regressionskoeffizienten signifikant. **Für T2 zeigt sich ein positiver Zusammenhang: Je besser die Bewertung der subjektiven Wirksamkeit ($B = 0,51$, $\beta = 0,12$, $p = .033$, 95 % CI [0,04; 0,97], Cohens $f = 0,01$), Zufriedenheit & Bedarfsorientierung ($B = 0,83$, $\beta = 0,18$, $p < .001$, 95 % CI [0,35; 1,31], Cohens $f = 0,03$) und je passender die Häufigkeit der Termine ($B = 0,92$, $\beta = 0,13$, $p = .032$, CI 95 % [0,08; 1,76], Cohens $f = 0,01$), desto höher die Arbeitsfähigkeit zu T2 und umgekehrt.**

Tabelle 261. Modellzusammenfassung zu Modell 5a (Prädiktoren Subjektive Wirksamkeit und Zufriedenheit & Bedarfsorientierung, Zeitliche Rahmenbedingungen)

Prädiktor	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
T1*							
Subjektive Wirksamkeit	-.003	3,05	0,15	1	335	.701	2,13
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.003	3,07	2,05	1	341	.154	2,07
Häufigkeit der Termine	.006	3,06	2,76	1	285	.098	2,13
Dauer der Sitzungen	.008	3,03	3,25	1	294	.072	2,15
T2*							
Subjektive Wirksamkeit	.011	3,10	4,57	1	335	.033	1,86
Zufriedenheit & Bedarfsorientierung	.029	3,04	11,37	1	341	< .001	1,87
Häufigkeit der Termine	.013	3,11	4,65	1	285	.032	1,94
Dauer der Sitzungen	.009	3,11	3,65	1	294	.057	1,91
* Erhebungszeitpunkt der Kriteriumsvariable Gesundheitszustand (Global health status)							

Modell 5b – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des:der isPO-CM

Die Regressionsanalysen zu Modell 5b basieren auf einer Stichprobe von n = 367, für die Daten zu allen Kriterien und zum Prädiktor vorliegen. Die Skala zum Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in basiert auf der HL-COM, einer Skala zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation [7]. Der Wertebereich der relativierten Skala liegt zwischen 1 und 4, wobei ein höherer Wert für eine verständnisorientiertere Gesundheitskommunikation steht. Tabelle 262 gibt die deskriptiven Statistiken des Prädiktors an.

Tabelle 262. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 5b (Bewertung des:der isPO-CM)

Prädiktor	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in	3,36	0,61

Tabelle 263 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in sagt die Arbeitsfähigkeit sowohl zu T1 als auch zu T2 signifikant vorher. Der Zusammenhang ist positiv: Je besser die Bewertung des Gesprächs mit dem:der isPO-CM, desto höher die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt** (T1: $B = 0,082$, $\beta = 0,016$, $p = .002$, 95 % CI [0,031; 1,33], Cohens $f = 0,02$; T2: $B = 0,73$, $\beta = 0,14$, $p = .006$, 95 % CI [0,21; 1,25], Cohens $f = 0,02$).

Tabelle 263. Modellzusammenfassung zu Modell 5b (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Case Manager:in)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	.024	3,05	9,939	1	365	.002	2,09
Work Ability Score (T2)	.018	3,11	7,524	1	365	.006	2,02

Modell 5c – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des:der isPO-OL

Die Regressionsanalysen zu Modell 5c basieren auf einer Stichprobe von $n = 290$, für die Daten zu allen Kriterien und zum Prädiktor vorliegen. Die Skala zum Gespräch mit dem:der isPO-OL kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Zufriedenheit mit dem Gespräch steht. Tabelle 264 gibt die deskriptiven Statistiken des Prädiktors an.

Tabelle 264. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 5c (Bewertung des:der isPO-OL)

Prädiktor	M	SD
Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala	3,47	0,53

Tabelle 265 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-OL – Gesamtskala sagt die Arbeitsfähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant vorher. Dabei sind die Zusammenhänge positiv: Je höher die Zufriedenheit mit dem:der isPO-OL, desto höher ist die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt** (T1: $B = 1,29$, $\beta = 0,11$, $p < .001$, 95 % CI [0,63; 1,94], Cohens $f = 0,05$; T2: $B = 0,94$, $\beta = 0,16$, $p = .008$, 95 % CI [0,25; 1,62], Cohens $f = 0,02$).

Tabelle 265. Modellzusammenfassung zu Modell 5c (Prädiktor Gespräch mit dem:der isPO-Onkolots:in – Gesamtskala)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	.046	3,01	14,929	1	288	< .001	1,99
Work Ability Score (T2)	.021	3,14	7,223	1	288	.008	2,05

Modell 5d – Psychoonkologische Versorgung: Bewertung des Kontakts mit der PSF, Gesamtanzahl an PSF-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PSF

Die Regressionsanalysen zu Modell 5d basieren auf einer Stichprobe von n = 95, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Anteil angesichtlich geführter PFS-Gespräche kann zwischen 0 und 1 liegen. Die Skala Kontakt mit der PSF kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Zufriedenheit mit den Gesprächen steht. Tabelle 266 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 266. Deskriptive Statistik zu den Prädiktoren zu Modell 5d (Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)

Prädiktoren	M	SD
Kontakt mit der PSF	3,26	0,32
Gesamtanzahl PSF-Gespräche	3,87	3,20
Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche	0,61	0,28

Anmerkung. PSF = Psychosoziale Fachkraft

Tabelle 267 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Kontakt mit der PSF, Gesamtanzahl PSF-Gespräche und Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche sagt die Lebensqualität weder zu T1 noch zu T2 signifikant vorher. Allerdings ist der Regressionskoeffizient für den Prädiktor Kontakt mit der PSF für T2 signifikant. Der Zusammenhang ist positiv (B = 1,91, β = 0,21, p = .047, 95 % CI [0,03;3,78]):** Je höher die Bewertung des Kontakts mit der PSF, desto höher die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt.

Tabelle 267. Modellzusammenfassung zu Modell 5d (Prädiktoren Kontakt mit der Psychosozialen Fachkraft (PSF), Gesamtanzahl PSF-Gespräche, Anteil angesichtlich geführter PSF-Gespräche)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	-.025	3,11	0,244	3	91	.865	1,76
Work Ability Score (T2)	.022	2,87	1,701	3	91	.172	1,96

Modell 5e – Psychoonkologische Versorgung: Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT

Die Regressionsanalysen zu Modell 5e basieren auf einer Stichprobe von n = 128, für die Daten zu allen Kriterien und Prädiktoren vorliegen. Der Anteil angesichtlich geführter PT-Gespräche kann zwischen 0 und 1 liegen. Die Skala zur therapeutischen Allianz [8] kann Werte zwischen 1 und 5 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere therapeutische Allianz steht. Tabelle 268 gibt die deskriptiven Statistiken zu den Prädiktoren an.

Tabelle 268. Deskriptive Statistik zu den Kriteriumsvariablen der Arbeitsfähigkeit und den Prädiktoren zu Modell 5e (Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT)

Prädiktor	M	SD
Therapeutische Allianz	4,01	0,83
Gesamtanzahl PT-Gespräche	10,09	7,11
Anteil angesichtlich geführter PT-Gespräche	0,61	0,27

Anmerkung. PT = Psychotherapeut:in

Tabelle 269 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus den Prädiktoren Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT sagt die Arbeitsfähigkeit weder zu T1 noch zu T2 signifikant vorher. Dennoch ist der Regressionskoeffizient des Prädiktors Therapeutische Allianz für T2 statistisch bedeutsam, mit einem positiven Zusammenhang (B = 0,85, β = 0,22, p = .016, 95 % CI [0,16;1,55]): Je höher die therapeutische Allianz, desto höher die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt.**

Tabelle 269. Modellzusammenfassung zu Modell 5e (Prädiktoren Therapeutische Allianz, Gesamtanzahl an PT-Gesprächen, Anteil angesichtlich geführter Gespräche mit einer PT)

Skala	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	-.010	2,97	0,588	3	124	.624	1,97
Work Ability Score (T2)	.032	3,12	2,399	3	124	.071	1,71

Modell 6a – Medizinische Versorgung: Art der medizinischen Behandlung

Zur Überprüfung der Unterschiede der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten nach Art der medizinischen Krebsbehandlung liegen Daten für n = 403 Personen vor. Der Mittelwert des Work Ability Scores zu T1 liegt bei M = 3,92 (SD = 3,06) und zu T2 bei M = 5,11 (SD = 3,11). Das Berichten deskriptiver Statistiken nach Subgruppen ist nicht möglich, da einige Cluster n < 6 sind.

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt signifikante Unterschiede in den Work-Ability-Score-Mittelwerten hinsichtlich der Inanspruchnahme von Chemotherapie und Hormontherapie (Tabelle 270). Personen, die Chemotherapie in Anspruch genommen haben, haben einen geringeren Work-Ability-Score-Mittelwert als diejenigen, die keine Chemotherapie in Anspruch genommen haben. Hinsichtlich der Hormontherapie zeigt sich eine gegenteilige Beobachtung (bei Inanspruchnahme höhere Arbeitsfähigkeit).

Tabelle 270. Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zu Modell 6 (Medizinische Versorgung)

Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles η^2
Operation	1	11,22	0,87	.353	.002
Chemotherapie	1	502,90	38,80	< .001	.090
Strahlentherapie	1	15,41	1,19	.276	.003
Hormontherapie	1	78,17	6,03	.014	.015
Antikörpertherapie	1	21,40	1,65	.200	.004
Alternative Behandlungsmethoden (z. B. Naturheilverfahren, Traditionelle Chinesische Medizin)	1	1,49	0,12	.734	.000
Andere Therapie(n)	1	31,01	2,39	.123	.006
Ich weiß nicht, welche Behandlung ich bislang erhalten habe.	1	36,09	2,78	.096	.007
Bisher habe ich noch keine Behandlung erhalten.	1	0,01	0,00	.976	.000

Modell 6b – Medizinische Versorgung: subjektive Wahrnehmung der medizinischen Behandlung

Die Regressionsanalysen zu Modell 6b basieren auf einer Stichprobe von n = 367, für die Daten zu allen Kriterien und zum Prädiktor vorliegen. Die Skala zur subjektiven Wahrnehmung der medizinischen Behandlung [11] kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine größere Zufriedenheit mit der medizinischen Krebsbehandlung steht. Tabelle 271 gibt die deskriptiven Statistiken des Prädiktors an.

Tabelle 271. Deskriptive Statistik zum Prädiktor zu Modell 6b (Medizinische Versorgung)

Prädiktor	M	SD
Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung	3,46	0,48

Tabelle 272 bildet die Modellzusammenfassungen für die beiden Erhebungszeitpunkte ab. **Das Modell aus dem Prädiktor Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung sagt die Arbeitsfähigkeit sowohl zu T1 als auch zu T2 signifikant vorher. Für beide Erhebungszeitpunkte ist der Regressionskoeffizient statistisch bedeutsam, mit einem positiven Zusammenhang: Je besser die medizinische Behandlung wahrgenommen wird, desto höher die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt** (T1: B = 1,39, $\beta = 0,22$, $p < .001$, 95 % CI [0,76; 2,03], Cohens $f = 0,05$; T2: B = 2,03, $\beta = 0,31$, $p < .001$, 95 % CI [1,39; 2,67], Cohens $f = 0,10$).

Tabelle 272. Modellzusammenfassung zu Modell 6 (Prädiktor Subjektive Wahrnehmung der medizinischen Krebsbehandlung)

Kriteriumsvariable	korr. R ²	SE	F	df 1	df 2	p	Durbin-Watson-Statistik
Work Ability Score (T1)	.046	2,99	18,600	1	365	< .001	2,13
Work Ability Score (T2)	.095	2,99	39,458	1	365	< .001	2,02

P-FS 5d – Unterschiede hinsichtlich des Versorgungsnetzwerks in der Arbeitsfähigkeit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

Zur Überprüfung der Unterschiede der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erhebungszeitpunkten nach VN lagen Daten für n = 402 Personen vor. Für alle VN ist der Mittelwert des Work Ability Scores zu T2 höher als zu T1 (Tabelle 273).

Tabelle 273. Deskriptive Statistik zur Arbeitsfähigkeit nach Versorgungsnetzwerken

Erhebungszeitpunkt		T1		T2	
Abhängige Variable	N	M	SD	M	SD
Versorgungsnetzwerk					
1	221	4,02	3,09	5,24	3,10
2	60	3,30	3,10	4,25	3,23
3	83	3,90	3,07	5,17	3,07
4	38	4,34	2,87	5,55	2,98

Die ANOVA mit Messwiederholung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Work-Ability-Score-Mittelwerten zwischen den VN, $F(3) = 1,961$, $p = .119$, partielles $\eta^2 = .015$. Demnach wurden keine Post-hoc-Tests durchgeführt.

2.3.2 Einzelinterviews mit Patient:innen

Im Folgenden werden die Erfahrungen der Patient:innen mit dem isPO-Versorgungsprogramm zusammengefasst präsentiert. Hier werden vor allem diejenigen Aspekte präsentiert, welche sich auf Aussagen zur isPO-Versorgungsqualität (Förder- und Hemmfaktoren) beziehen. Zudem werden Implikationen für die Übertragung in die Regelversorgung beleuchtet. Um die patient:innenseitige Perspektive tiefenscharf zu explorieren, wurden mit isPO-Patient:innen, nach Abschluss ihrer jeweiligen psychoonkologischen Versorgung (POV), leitfadengestützte Einzelinterviews geführt (Kapitel 1.2.2.3.1 Evaluationsbericht). Der finale Kodierbaum ist Anhang XXII des Evaluationsberichts zu entnehmen.

Erhebungszeitraum und Stichprobenbeschreibung

Die Datenerhebung umfasste drei Wellen, welche an Implementierungszeiträume geknüpft waren. Welle 1 erfasste die patient:innenseitigen Erfahrungen im ersten Jahr der Implementierung, in welchem noch viele Programmanpassungen und Optimierungen vorgenommen wurden. Welle 2 spiegelte die Erfahrung im zweiten Jahr der Implementierung wider, wo sich isPO in der sogenannten Normalisierungsphase befand. In der dritten Welle wurde die Implementierung unter besonderer Bedingung (COVID-19-Pandemie) exploriert. Tabelle 274 beschreibt die Stichprobe näher.

Insgesamt wurden 23 Einzelinterviews durchgeführt. Das Interviewmaterial (Audiodateien) umfasst 21 Stunden und 40 Minuten. Patient:innen aus allen vier isPO-Versorgungsnetzwerken (VN) nahmen teil. Aus dem VN Köln teilten neun, aus dem VN Mönchengladbach vier, aus dem VN Neuss sowie VN Troisdorf jeweils fünf Patient:innen ihre Erfahrungen im Interview. Unter den 23 Teilnehmenden waren 17 Patientinnen und sechs Patienten, welche zwischen 33-65 Jahren alt waren. Sie wurden wegen 13 unterschiedlicher Tumorentitäten behandelt (Tabelle 4.412), wobei Patient:innen mit Mamma-CA dominant vertreten waren ($N = 6$).

Die Mehrzahl der Personen ($N = 17$) war erwerbstätig, zwei Personen waren berentet, zwei Personen frühberentet und eine Person studierte. Die interviewten Patient:innen wurden in isPO auf unterschiedlichen Stufen versorgt: auf Stufe 3b ($N = 14$), auf Stufe 3a ($N = 5$) und auf Stufe 2 ($N = 4$). Die Anzahl der Beratungsgespräche variierte zwischen 4 bis 34, wobei sichtbar

wurde, dass mit höherer Stufenzuweisung die Anzahl der in Anspruch genommenen Gespräche stieg. Die Patient:innen nahmen psychotherapeutische, psychosoziale oder Gespräche mit isPO-Onkolots:innen (isPO-OL) in Anspruch.

Tabelle 274. Teilnehmer:innen in den Einzelinterviews zur Erfassung der Versorgungserfahrung

Nr	VN*	Geschlecht	Alter	Erwerbstätigkeit	TM-Entität	Stufe**	Anzahl & Art der Gespräche
Erste Erhebungswelle (April-Juli 2020)							
1	1	m	64	berentet	Rektum-CA	2	4 psychosoziale Gespräche (PSF-Gespräche), 1 isPO-Onkolots:innen-Gespräch (isPO-OL-Gespräch)
2		m	39	erwerbstätig	Melanom	2	10 PSF-Gespräche, 1 isPO-OL-Gespräch
3		w	60	nicht erwerbstätig	Mamma-CA	3a	10 psychotherapeutische Gespräche (PT-Gespräche), 1 isPO-OL-Gespräch
4		w	53	erwerbstätig	Dünndarm-CA	3b	6 PT-Gespräche, 1 isPO-OL-Gespräch
5	2	w	47	erwerbstätig	Bronchial-CA	3b	5 PT-Gespräche
6	3	w	52	erwerbstätig	Rektum-CA	3b	25 PT-Gespräche
7		w	50	erwerbstätig	Mamma-CA	3b	27 PT-Gespräche, 3 PSF-Gespräche
8	4	w	52	erwerbstätig	Mamma-CA	3b	8 PT-Gespräche
9		w	56	Erwerbstätig	Mamma-CA	3a	8 PT-Gespräche
Zweite Erhebungswelle (Nov 2020-März 2021)							
10	1	m	57	frühberentet	Prostata-CA	2	4 PSF-Gespräche
11		w	32	studierend	Schilddrüsen-CA	3a	7 PT-Gespräche
12		m	54	erwerbstätig	Ohrspeicheldrüsen-CA	3a	10 PT-Gespräche
13		w	55	erwerbstätig	Non-Hodgkin-Lymphom	3b	6 PT-Gespräche
14	2	m	65	berentet	Plattenepithel-CA	3b	5 PT-Gespräche

Nr	VN*	Ge- schlecht	Alter	Erwerbs- tätigkeit	TM-Entität	Stufe**	Anzahl & Art der Gespräche
15		w	51	erwerbs- tätig	Mamma-CA	3b	3 PT-Gespräche
16	3	w	39	geringfügig erwerbs- tätig	Gebär- mutterhals- krebs- / Uterus-CA	3b	19 PT-Gespräche
17		m	63	früh- berentet	Appendix- CA	3b	32 PT-Gespräche 2 PSF-Gespräche
18	4	m	61	erwerbs- tätig	Prostata-CA	2	4 PSF-Gespräche
19		w	41	erwerbs- tätig	Schild- drüsen-CA	3a	14 PT-Gespräche
Dritte Erhebungswelle (April-Juni 2021)							
20	1	w	33	erwerbs- tätig	Mamma-CA	3b	12 PT-Gespräche
21	2	w	58	erwerbs- tätig	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Loka- lisation	3b	14 PT-Gespräche
22	3	w	36	erwerbs- tätig	Mamma-CA	3b	7 PSF-Gespräche
23	1	w	63	erwerbs- tätig	Nieren-CA	3b	11 PT-Gespräche

* VN = Versorgungsnetzwerk ** Stufe = Versorgungsstufe innerhalb des isPO-Programms
isPO-OL = isPO-Onkolots:in, PSF = Psychosoziale Fachkraft, PT = Psychotherapeut:in

Erfahrungen mit isPO aus Patient:innenperspektive

Im Folgenden werden die von den Patient:innen genannten Förder- und Hemmfaktoren beschrieben. Anschließend werden Handlungsempfehlungen für die Übertragung in die Regelversorgung dargestellt. Die wichtigsten Ergebnisse werden jeweils zu Beginn der Betrachtung stichpunktartig in einer Tabelle zusammengefasst.

Förderfaktoren

Unter Förderfaktoren wurden die Programmerkahrungen zusammengefasst, welche von den Patient:innen als besonders hilfreich empfunden wurden, also die die Versorgungsqualität positiv beeinflussen. Einen Überblick über diese Faktoren gibt Tabelle 275.

Tabelle 275. Förderfaktoren der Versorgungsqualität isPO-Versorgung aus Patient:innenperspektive

Förderfaktoren	Detaillierte Inhalte
Programmakzeptanz	Sinnhaftigkeit, Zielverständnis, Programmzugang, erlebte Unterstützung, erlebte Programmmotivation der Versorgenden, Verstehbarkeit
Inhalte und Umfang der psychoonkologischen Versorgung	therapeutische Allianz, Bereitstellung valider Informationen und Anlaufstellen, Einbindung der Angehörigen
Bedarfsorientierung	Zugang zeitnah bei Diagnosestellung, Versorgungszeitraum, begleitend über zwölf Monate, gestufte Versorgung, flexible Versorgungsintensität
Sektorenübergreifende Versorgungskontinuität	fortführende poststationäre Versorgung, fester Ansprechpartner
Professionalität	professionsübergreifendes Arbeiten im interprofessionellen Team, Arbeitsorganisation und Prozessgestaltung, Erreichbarkeit
Programmzugang	Art der Ansprache (zugehend), Zeitpunkt der Ansprache, Programm-Aufklärung
Beratungssetting	Wohnortnähe, telefonisch, via Mail oder direkt vor Ort (flexible Beratung möglich)
Niederschwellige Unterstützungsmöglichkeiten	isPO-Onkolots:innenkonzept

Alle interviewten Patient:innen scheinen von den Inhalten des isPO-Programms hinsichtlich seiner Nützlichkeit für die individuelle Gesundheit überzeugt zu sein. Dies wird zudem als zentral für die individuelle Programmakzeptanz beschrieben. Die Sinnhaftigkeit der POV, als fester Bestandteil parallel zur medizinischen onkologischen Therapie, war für die Patient:innen nachvollziehbar. Sie hätten sich „durch isPO an die Hand genommen“ und auf ihrem Weg begleitet gefühlt. Zudem war ihnen das Programmziel verständlich und wurde für ihre Gesundheit als förderlich empfunden. Sie konnten die Hauptziele des isPO-Programms identifizieren – „professionelle, kontinuierliche Begleitung und Orientierung“ – und hielten diese für erstrebenswert, um „über die schwierige erste Zeit danach“ zu kommen.

„Es ist ein Programm, was es mir ermöglicht hat, mich bei meiner Erkrankung psychoonkologisch begleiten zu lassen und dadurch auch die Möglichkeit zu haben, engmaschig unterstützt zu werden.“

Der erlebte Zugang zum Programm unterstrich die Programmakzeptanz der Patient:innen. Die Art und Weise der Ansprache, der Zeitpunkt der Ansprache und die erlebte Programmmotivation der Versorgenden wurden hier als besonders hilfreich empfunden. Die Ansprache und Empfehlung des Programms durch die:den behandelnde:n Ärzt:in vor Programmeinschreibung stellen die Patient:innen hierbei als besonders förderlich heraus. Darüber hinaus wurde als bedeutsam angesehen, dass isPO dort angeboten wurde, wo die medizinische Behandlung stattfand (z. B. im Krankenhaus).

Die Patient:innen fühlten sich durch isPO individuell „auf ihrem Weg“ unterstützt. Sie empfanden die inhaltlichen Beratungsaspekte, die Art der Unterstützung (z. B. professionelle psychosoziale Unterstützung, Peer Support durch Onkolots:innen) sowie das professionsübergreifende Arbeiten der isPO-Versorgenden als besonders wertvoll. Auch die Möglichkeit der poststationären Versorgung empfanden die Patient:innen als förderlich für ihren Unterstützungsprozess.

Die Programmaufklärung auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Flyer, Poster, im Gespräch mit dem Case Manager) mit Visualisierungshilfen wurde als motivierend und unbedingt zielführend empfunden, weil „*eine neues Programm wie isPO nicht selbsterklärend*“ und die Psychoonkologie bei vielen Patient:innen „*unbekannt und daher möglicherweise negativ besetzt*“ sei.

Als weiterer Förderfaktor wurde die Bereitstellung professioneller psychoonkologischer Unterstützung (Stufe 3) empfunden. Hier wurde die Bildung einer guten therapeutischen Allianz mit den Psychoonkolog:innen als maßgeblich unterstrichen. Es half den Patient:innen, dass man „*sehr schnell ein sehr vertrauensvolles Verhältnis zum behandelnden Psychologen aufbauen konnte*“, sich so „*verstanden, unterstützt und betreut gefühlt*“ habe und „*die Atmosphäre als angenehm*“ und stärkend empfunden habe.

„Ich hatte nie das Gefühl, jetzt ist hier Stress angesagt, weil schon der nächste mit den Hufen scharrt, sondern ich hatte immer das Gefühl: Jetzt bist du diejenige, um die es hier geht, der hier geholfen wird und hier ist jetzt 100 Prozent Zeit für mich.“

Auch das Bereitstellen passgenauer Informationen u. a. zu weiteren unterstützenden Anlaufstellen sowie das Einbinden der Angehörigen wurde positiv hervorgehoben. Wenn in die Gespräche Familienmitglieder einbezogen wurden, wirkte dies auf die Patient:innen „*lösungsorientiert und befreiend*“.

„Da hat die Psychoonkologin mir eigentlich sehr gut in die Karten gespielt und geholfen. Sie hat sich auch um meine Angehörigen intensiv gekümmert und mir dann dadurch eigentlich auch geholfen. Ich wollte ja den Kindern und der Frau nicht immer unbedingt Sachen vor den Kopf hauen, weil im Grunde genommen sie mir bei manchen Sachen ständig auf die Nerven gingen.“

Viele der Patient:innen erlebten ihre Versorgung in isPO als bedarfsorientiert. Hierzu gehört zum einen der zeitnahe Zugang zum Versorgungsprogramm kurz nach Diagnosestellung. Zum anderen wurden der prozessbegleitende Versorgungszeitraum (bis 12 Monate) und die flexible Versorgungsintensität, welche sich an dem gestuften Konzept orientiert, hervorgehoben. Es wurde als förderlich hervorgehoben, dass individuelle, plötzlich aufkommende Unterstützungsbedarfe (z. B. psychosoziale Beratung) flexibel aufgefangen werden konnten.

„Ich bin da (...) sehr individuell und vor allem sehr flexibel an meine Situation angepasst betreut, behandelt und begleitet wurde. Also das war alles ganz, ganz toll!“

Einige Patient:innen bewerteten zudem positiv, „*dass es kaum Wartezeiten gab*“ und Termine „*kurzfristig möglich waren*“. Sie beschrieben die sektorenübergreifende Versorgungskontinuität als „*Sicherheitsanker*“ und erlebten diese als „*beruhigend*“.

„Was ich wirklich gut finde, ist, dass halt nicht nur eine Betreuung da ist, wenn man irgendwo im Krankenhaus stationär ist, sondern auch über den gesamten Zeitraum der Therapie.“

Häufig seien Ängste erst nach Entlassung aus dem Krankenhaus aufgetreten, sodass die in isPO erlebte Versorgungskontinuität als besonders hilfreich empfunden wurde. Hierbei sei besonders gewinnbringend gewesen, dass es eine:n feste:n Ansprechpartner:in gab. Somit habe man gewusst, dass die Versorgenden mit dem individuellen Fall vertraut sind und es daher nicht zu Informationslücken oder Fehlinterpretationen kommt.

„Ich wusste ganz im Hinterkopf, wenn irgendwas zu Hause sein sollte, kann ich die anrufen. Das finde ich ganz gut, dieses im Nachhinein jemanden zu haben, wo man einfach weiß: Wenn die Welt wieder untergeht, da ist einer, den kannst du anrufen. Die sagt dir dann, was du machen sollst, denn die kennt dich ja auch.“

Die Professionalität der isPO-Versorgenden wurde als zentraler Förderfaktor beschrieben. Die meisten interviewten Patient:innen waren von der Professionalität der unterschiedlichen Teammitglieder überzeugt. Sie hoben hierbei die individuelle Professionalität einzelner Versorgender (z. B. Case Management oder Psycholog:innen) sowie die organisationale Professionalität (z. B. Einschreibungsprozess mit den Krankenkassen, Kommunikation mit der:m Hausärzt:in bei Entlassung) hervor.

„Was die Organisation betrifft, habe ich immer den Eindruck gehabt, es ist schon ein etabliertes Programm.“

Die Patient:innen bemerkten, dass man *„geschult mit Patienten umgeht“* und ihnen *„ruhig und geduldig“* begegnet.

„Man konnte auch zehnmal die gleichen Fragen stellen. Also man fühlte sich total umkümmert, umsorgt. Besonders die Case Managerin und natürlich auch der Psychologe sehr professionell.“

Auch wurde der zeitnahe Versorgungszugang als positiv wahrgenommen und für notwendig bewertet.

„Also in dem Moment, wo man sich wirklich gemeldet hat und gesagt: ‚So, ich möchte gerne teilnehmen an diesem Programm‘, das ging relativ schnell, sehr koordiniert, sehr organisiert. Dann hat man die Unterlagen sehr schnell bekommen. Es wurde relativ oder es wurde schnell bearbeitet und dann hat man auch relativ schnell einen Termin bekommen und dann ging es schnell los.“

Erfolgte die Art der Ansprache *„zugehend“*, z. B. durch den:die Case Manager:in oder behandelnde:n Ärzt:in, dann wurde dies als besonders aussichtsreich empfunden.

Der Zugang kurz nach Diagnosestellung habe den Patient:innen Sicherheit gegeben und unterstützend gewirkt, da man eine:n klare Ansprechpartner:in für potentiell Belastungserleben erhielt.

„Ich war da sehr dankbar, dass er [behandelnder Arzt] mich so proaktiv angesprochen hat, weil ich da wahrscheinlich diese Frage zu diesem Zeitpunkt nicht von selbst gestellt hätte.“

„Die Case Managerin kam irgendwann mal zu mir ins Zimmer, hat sich vorgestellt, [...] und wir sind dann so ins Gespräch gekommen. Ich fand das gut und wollte mitmachen.“

Der Zeitpunkt der Ansprache erschien vielen Patient:innen relevant. Die meisten beschrieben, dass sie *„gerne vor Beginn der Tumorbehandlung“* schon vom Programm erfahren würden oder aufgenommen werden wollen, weil man da *„am meisten davon profitiert“* oder aber auch noch *„genügend Zeit hat und es einem noch relativ gut geht“*. Wenn man sich aber erst später entscheiden wollen würde, am Programm teilzunehmen, dann sollte dies *„flexibel gehandhabt werden“*.

„Es war gut so, dass ich die dann einen Tag nach der Diagnosestellung. [...] Also mir damit ein sehr gutes Sicherheitsgefühl gegeben hat“

Die Erreichbarkeit der isPO-Versorgenden war besonders zur COVID-19-Pandemie ein wichtiger Aspekt für die Patient:innen. Sie beschrieben, dass sie es als beruhigend empfanden, dass *„wenn Gesprächsbedarf bestand immer anrufen konnte“* und jemand antwortet. Die Patient:innen begrüßten es, dass sie via Telefon (mit Anrufbeantworter) oder Mail Kontakt aufnehmen konnten und sich dann jemand um sie *„kümmerte“*.

Das Beratungssetting in der PO beschrieben die Patient:innen insgesamt als flexibel, was sich förderlich auf die jeweilige gesundheitliche Situation auswirkte. Im Projektverlauf wurde die Art der Gesprächsdurchführung immer flexibler und an die jeweiligen kontextuellen Gegebenheiten angepasst. Zum einen wurde isPO, entsprechend dem Grundgedanken, in

Wohnortsnähe in den Räumen der VN selbst angeboten. Zum anderen haben, aufgrund der COVID-19-Kontaktbeschränkungen, Gespräche zunehmend telefonisch, online oder via E-Mail stattgefunden, was „genutzt und sehr begrüßt“ wurde.

„Die Möglichkeit, mich hier auch räumlich gar nicht so weit von meinem Wohnort beraten zu lassen, also auch das fand ich super.“

„Tja, wegen Corona haben wir eben halt vereinbart, das eben auf telefonischer Basis zu machen und das hat auch sehr gut geklappt, ne? Mir ging es ja manchmal auch nicht so gut nach der Chemo. Ich hatte aber jederzeit die Möglichkeit, wenn ich Bedarf hatte, da anzurufen.“

Insgesamt empfinden die Patient:innen eine flexible Handhabung des Settings als förderlich. Es wurde jedoch betont, dass das erste Gespräch angesichtlich stattfinden sollte, wenn immer möglich.

„Also wenn man Auge in Auge blickt, ist das natürlich was anderes wie am Telefon. Ganz klar. Aber dass man so wenigstens die Möglichkeit hatte, trotzdem über Probleme zu sprechen mit seinem Ansprechpartner, das fand ich sehr wichtig.“

Die niederschwellige Unterstützungsmöglichkeit durch das isPO-OL-Konzept wurde von denen, die es in Anspruch nahmen, als „sehr hilfreich“ und supplementär zum professionellen Programm empfunden. Die Patient:innen schätzen, dass vom Programm aus „eine Begegnung auf Peer-Ebene“ ermöglicht wird und zwar in einer Phase, wo die Patient:innen „höchst wahrscheinlich nicht den Kontakt zur Selbsthilfe gesucht“ hätten. Besonders die jungen Patient:innen scheinen es als hilfreich zu erleben, sich auf dieser Ebene „authentisch“ austauschen zu können.

„Ich kann mir vorstellen, dass es vielleicht anderen relativ jungen Krebspatienten auch so geht. Es ist schwierig, wenn man Anfang 30 ist und gesund aussieht. Es ist wichtig, irgendwie dieser Krankheit auch Raum zu geben. [...] Ich glaube, das Prinzip Onkolotse hat bei mir gut gewirkt, weil ich wirklich auch keine schlaunen Ratschläge bekommen habe, was ich unangenehm gefunden hätte. Es war auch nichts Wertendes dabei, sondern einfach sehr, sehr viel Konzentration, Offenheit und Präsenz. In diesem Moment war das war genau richtig.“

Oft wurde angemerkt, dass es „guttat“ mit einer Person zu sprechen die „Gleiches durchgemacht hat“. Die Interaktion und Kommunikation auf „Augenhöhe“ wirke „befreiend“ und spende „Zuversicht und Mut“. Eine Person gab an, dass ihr das Gespräch so viel Kraft gegeben habe, dass sie sich gerne als isPO-OL ausbilden lassen wollte.

Hemmfaktoren

Als Hemmfaktoren werden jene Aspekte beschrieben, welche aus Patient:innensicht die Versorgungsqualität und daher auch die Implementierung der nVF beeinträchtigen können. In Tabelle 276 sind die komprimierten Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 276. Hemmfaktoren der Versorgungsqualität isPO-Versorgung aus Patien:innenperspektive

Hemmfaktoren	Detaillierte Inhalte
Stigma der Psychoonkologie (PO)	Gesellschaftliche Wahrnehmung, Unwissenheit über den Nutzen der PO, Assoziation mit dem Namen isPO
patient:innenseitige Programmaufklärung	Menge, Komplexität und Passgenauigkeit der Informationen
versorger:innenseitiges Programmwissen	Interne und externe Kommunikation, Marketing
Komponente isPO-Onkolotse (isPO-OL)	Zeitpunkt isPO-OL-Gespräch, individuelle Bereitschaft, passgenaue Aufklärung, Verstehbarkeit
Ressourcenausstattung	Räumlichkeiten, personelle Ressourcen
Produktklarheit	Abgrenzung zur Psychotherapie Vermischung von Programm und Studie
Einschreibungs- und Unterstützungszeitraum	Flexibilität von Versorgungsbeginn und -ende, flexible Nachsorgetermine
Programmumsetzung	Systemische Ausweitung (Familiensystem) Intensivere psychosoziale Unterstützung

Aus Patient:innensicht ist die Implementierung von isPO durch das Stigma gehemmt, welches der Psychoonkologie in Deutschland anhängt. Die Patient:innen weisen darauf hin, dass ihrer Meinung nach gesellschaftlich noch kein ausreichender kultureller Wandel stattgefunden hat. Dies gilt insbesondere für ältere Altersgruppen. Es wird vermutet, dass „*die Älteren diesem gegenüber eher ablehnend*“ seien. Hierbei werde der Bedarf für psychologische Unterstützung z. B. als „*persönliche Schwäche*“ ausgelegt. Folglich werde der Nutzen der PO-Unterstützung zur Krankheitsbewältigung patient:innenseitig nicht immer erkannt und gesellschaftlich nicht ausreichend diskutiert. Ein solches Stigma sowie das Unwissen mancher Betroffener erschwere damit die Implementierung eines Programms wie isPO.

„Es besteht allgemein eine Unwissenheit darüber, dass das eine wichtige Versorgungssäule ist, die zusätzlich zur medizinischen Betreuung notwendig ist.“

Allgemein wird befürchtet, dass „*viele Psycho ja immer noch als krank definieren, so als wenn man eine Macke hätte*“. Daher mag die „*Namensgebung*“ isPO für einige Patient:innen abschreckend wirken.

„Ich kann mir vorstellen, dass das viele abschreckt irgendwie, die sagen dann abwertend, dass sie mit so einem Psychokram nichts zu tun haben wollen.“

In unmittelbarem Zusammenhang dazu steht das Hemmnis der patient:innenseitigen Programmaufklärung. Dadurch, dass das isPO-Programm mit seinen unterschiedlichen Stufen und Professionen komplex ist, fällt es den meisten Patient:innen schwer, es detailliert zu beschreiben. Daher bräuchten die Versorgenden „*viel Geduld und einen langen Atmen*“, um das Programm auf allen Ebenen immer wieder zu erklären. Die empfundene Komplexität kann zur Programmablehnung führen. Dies fiel besonders in den Interviewdaten der ersten beiden Interview-Wellen auf, besserte sich jedoch im Programmverlauf vermutlich dadurch, dass die VN optimierte Patient:inneninformationsmaterialien (PIM) nutzten. Zu Beginn empfanden die Patient:innen (Daten der ersten Interview-Welle) die PIM zur Programmaufklärung sowohl inhaltlich als auch von der Menge her als „*Zumutung*“. Dies habe zur Folge gehabt, dass sie besonders zu Beginn des Programms über „*unzureichende Aufklärung*“ und „*Fehlinformationen*“ geklagt hätten oder auch falsche Erwartungshorizonte dem Programm gegenüber entwickelten (z. B. „*Verfügbarkeit von Musiktherapie oder Sport*“ im Rahmen von isPO). Es müsse berücksichtigt werden, dass Krebspatient:innen während der onkologischen

Therapie „*sehr viel Material zum Lesen*“ und entscheiden erhalten, was häufig zu Momenten der Überforderung führe.

„Die ganzen Unterlagen liest kein Mensch! Ich glaube nicht, dass die einer durcharbeitet. Ich wollte es überhaupt nicht lesen, weil ich zu diesem Zeitpunkt einfach keine Kraft dazu hatte. Ich wollte, dass einer mich an die Hand nimmt, es mir erklärt und mehr nicht.“

Hierzu merkten die Patient:innen an, dass sie sich in dieser Zeit gewünscht hätten, durch „*klare, einfache und verständliche*“ PIM, „*stichpunktartig*“ (z. B. „*Poster, Flyer, Kurzfilme fürs Wartezimmer*) auf das Programm aufmerksam gemacht zu werden.

„Es muss einfach kurz und prägnant sein, aber nicht da so Bücher. Das ist uah!“

Die Patient:innen beschrieben in der dritten Interview-Welle, nach Optimierung der PIM, keine diesbezüglichen Hemmnisse mehr. Dennoch bestand die Herausforderung von Beginn an (initiale Programmaufklärung) bis zum Versorgungsende darin, die unterschiedlichen Versorgungsenden-Rollen und Komponenten den einzelnen Personen zuzuordnen.

„Es war eigentlich bis zum Ende irgendwie, dass ich überhaupt nicht so richtig wusste, was die einzelnen Leute im Programm so wirklich machen.“

Es wurde angemerkt, dass man eventuell dafür „*kurz und knapp*“ die verschiedenen Themenpunkte oder Rollen aufzeigen könnte (z. B. in Flyern).

Als weiterer hemmender Faktor wurde die versorger:innenseitige Programmaufklärung beschrieben. Besonders zu Programmstart wussten außerhalb des „*isPO-Kosmos*“ teilweise das Personal der onkologischen Stationen im jeweiligen Versorgungsnetzwerk oder ambulante Onkolog:innen nur wenig über das Unterstützungsangebot isPO. Das externe Marketing für das isPO-Programm wurde von manchen Patien:innen als „*unzureichend*“ oder „*kaum vorhanden*“ beschrieben und führte zu Unverständnis.

„Da hat man so ein gutes Programm, ja! Aber warum wissen nicht alle, die mit uns onkologischen Patienten zu tun haben davon? Ich habe einen Flyer gesehen und wollte da rein. Es war gar nicht so einfach, jemanden zu finden, der letztendlich Bescheid wusste.“

Die Patient:innen wünschten sich hier „*deutlich mehr Engagement*“ auf unterschiedlichen Ebenen sowie auch niedrigschwellig, „*beispielsweise im Radio oder der Regionalzeitung*“.

Ein weiterer Hemmfaktor in der Implementierung zeigte sich aus Sicht der Patient:innen in der Verstehbarkeit der Komponente der isPO-OL. Besonders zu Beginn der Implementierung (Daten der ersten Welle) fiel in den Interviews auf, dass die Patient:innen wenig Bedarf äußerten, die isPO-OL-Gespräche in Anspruch zu nehmen. Hierbei wurde deutlich, dass dies meist darin begründet war, dass die isPO-Versorgenden keine passgenaue Aufklärung leisteten, was wiederum zu einem stellenweise falschen Verständnis bezüglich des Angebots führte. Die Patient:innen beschrieben hierzu weiter, dass ihnen die isPO-OL-Gespräche oft als „*Selbsthilfegruppe*“ angeboten wurden, wofür sie sich jedoch „*zu diesem Zeitpunkt nicht stark*“ genug gefühlt hätten und dies als zu zeitig empfanden.

„Man hat mir gesagt, wo ich mich hinwenden könnt, also unter anderem auch an diese Selbsthilfegruppen. Dann gibt es eben auch Einzelpersonen, die angerufen werden können oder mit denen man in Kontakt treten kann. Also ich denke mal, das sind diese Art Onkolotsen.“

Mehrfach wurde berichtet, dass ihnen das isPO-OL-Angebot zwar übermittelt wurde, sich der wirkliche Nutzen jedoch nicht aus der Erklärung erschloss und sie daher das Angebot ablehnten.

„Ich habe das so verstanden, dass es mit anderen Patienten, die auch an Krebs erkrankt sind, sein würde. Und dann dachte ich, dass mir das nicht in dem Moment guttun würde. Und deswegen habe ich das nicht in Anspruch genommen.“

Manche Patient:innen hatten Bedenken, sich mit einem ehemals an Krebs erkrankten Menschen zu treffen. Hierfür wurden verschiedene Gründe, wie etwa „Angst mit anderen schlimmen Geschichten überladen zu werden“ oder „Wunsch nach Ruhe“ genannt.

Manche Patient:innen entwickelten jedoch im späteren Therapieverlauf die Offenheit, ein isPO-OL-Gespräch in Anspruch zu nehmen.

„Ich glaube, ich wäre jetzt soweit! Es ist jetzt alles schon ein Jahr her mit der Diagnose. Als ich über diese Lotsen informiert wurde, habe ich da das Gefühl gehabt: Nee, da bin ich nicht soweit. Heute wäre das wohl anders!“

In der COVID-19-Pandemie wurde zwar auch dezidiert über das isPO-OL-Angebot berichtet, hier lehnten aber einige Patient:innen aufgrund von Infektionsängsten durch angesichtliche Kontakte ab.

Auch die Ressourcenausgestaltung der isPO-OL wurde als partiell hemmend empfunden. Die Patient:innen sagten, dass die Räumlichkeiten für ein „*sensibles Gespräch*“ nicht immer vorhanden gewesen seien und sie beispielsweise in die Cafeteria hätten ausweichen müssen. Zu COVID-19-Pandemiezeiten habe es auch „*Engpässe, was das Personal angeht*“, gegeben, da es Infektionsängste auch auf der Seite der isPO-OL gab.

Auch die Produktklarheit wirkte insofern hemmend, als manchen Patient:innen die Abgrenzung zu anderen Unterstützungsangeboten nicht deutlich wurde. Beispielsweise erschien es für die Patient:innen schwer zu differenzieren, worin sich die Versorgung in isPO von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsangeboten unterscheidet. Die unterschiedlichen Erwartungshorizonte von Patient:innen und Versorgenden könnten die wahrgenommene Versorgungsqualität hemmen.

„Bei mir hat sich so ein ganzer Rattenschwanz mit meinen Eltern ... letztendlich habe ich so hinter mir hergezogen all die Jahre. Auch diese ganzen Themen sind sehr stark wieder hochgekommen in dieser Krise. Deswegen hatte ich schnell gemerkt, dass ich jemanden brauche, wo ich nicht nur akut über die Krebsituation sprechen kann, sondern jemanden, der mir erklärt, warum ich alles infrage stelle.“

Zudem verwechselten einige Patient:innen die Programm- und Studieninhalte, was wahrscheinlich in der derzeitigen Verzahnung von Programm und Studie im Projektzeitraum begründet ist. Dies scheint bei manchen Patient:innen zu unterschiedlichen Erwartungen sowie stellenweise Überforderung zu führen, besonders wenn es um die Fragebögen geht. Manche beschrieben dies als „*Programmfrustration*“, denn der Sinn der unterschiedlichen Fragebögen erschloss sich ihnen nicht. Mit den neuen PIM (z. B. Zeitstrahl) minimierte sich diese Wahrnehmung und wurde in der letzten Interviewelle nicht mehr beschrieben.

Der Einschreibungs- und Unterstützungszeitraum wird von vielen interviewten Patient:innen als noch nicht flexibel genug und dadurch „*noch nicht passfähig*“ empfunden. Das abrupte Ende nach zwölf Monaten wird von einigen Patient:innen als „*bedenklich*“ gespiegelt, weil sich Patient:innen in dieser Zeit durchaus noch in der medizinischen Therapie befinden und daher die Unterstützungen auch darüber hinaus brauchen könnten.

„Das mag ja bei einem sein, der wie bei mir relativ schnell die Behandlung dann auch zu Ende ist. Aber es gibt ja welche, die sind da jahrelang drin. Daher müsste man dann individuell sehen. Manche kommen ja auch wieder, weil der Krebs noch mal neu kommt oder es stellen sich erst viel später irgendwelche Schwierigkeiten oder irgendwelche Fragestellungen.“

Die Patient:innen bemängeln, dass es keine strukturierte psychoonkologische Nachsorge gebe.

„... dass man dann später doch noch Bedarf abfragt oder nach zwei Jahren noch mal angerufen würde, fände ich gut. Ich glaube, die normale Krebsnachsorge auch durch den Urologen läuft ja fünf Jahre. Und vielleicht wäre es einfach geschickt, wenn isPO sich nach einem Jahr und sich einmal bis ans Ende dieser fünf Jahre noch mal meldet.“

Einzelne Patient:innen beschreiben noch weitere Optimierungswünsche in der Programmumsetzung. Es besteht der Wunsch nach einer konsequenteren Ausweitung des Unterstützungsangebots für das Familiensystem, da „Krebs eine WIR-Erkrankung“ sei. Vereinzelt wird auch die psychosoziale Unterstützung von den Patient:innen als noch „ausbaufähig“ beschrieben.

Aus den Interview-Daten wird deutlich, dass sich die beschriebenen Hemmnisse im Projektverlauf in ihrer Intensität abschwächen.

Handlungsempfehlungen für die Übertragung in die Regelversorgung

Die interviewten Patient:innen beschreiben unisono den tiefen Wunsch der „Verfügbarkeit von isPO nach Beendigung“ der Projektphase und der Ausweitung des PO-Programmes „für alle Krebspatient:innen“. Sie beschreiben hierfür Handlungsbedarfe auf unterschiedlichen Umsetzungsebenen, damit die POV „in der Regelversorgung ankommen kann“ (Tabelle 277).

Tabelle 277. Umsetzungsebenen mit Handlungsempfehlungen für die Übertragung in die Regelversorgung zur Sicherung der Versorgungsqualität

Umsetzungsebenen	Handlungsempfehlungen
Patient:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit des Programms auch nach Förderphase in den vier isPO-Versorgungsnetzwerken sichern • Sensibilisierung für den Nutzen der psychoonkologischen Versorgung (POV) im onkologischen Behandlungsprozess • Wunsch nach deutschlandweiter Ausweitung • Umfängliche Patient:innenaufklärung • Erhöhung der Marketingaktivitäten
Psychoonkologische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcenaufbau und Qualifizierung • Flexibilität der Versorgung (Zeitpunkt, Setting) • Finanzielle Ausstattung der POV
Gesundheitssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Fachübergreifende Zusammenarbeit in der Onkologie • Überwindung der Sektorengrenze • Marketing für die POV innerhalb des Gesundheitssystems
Gesellschaft & Kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung auf politischer & gesellschaftlicher Ebene • Forcierung des kulturellen Wandels durch gezielte Aktionen

Eine Überführung in die Regelversorgung wird von allen interviewten Patient:innen als sinnvoll und wichtig erachtet. Sie heben hervor, dass es dafür zu einem kulturellen Wandel in der Wahrnehmung der Psychoonkologie in Deutschland kommen müsse. Zudem würden sich viele Menschen nur wenig mit diesem Thema befassen, sodass durch diese Wissenslücken und

möglichen Stigmata eine gewisse Abneigung bestehe. Hier müsse ein „Umdenken in der Gesellschaft“ stattfinden, welches nach Ansicht der Patient:innen nur durch „umfängliches und kontinuierliches Aufklären“ und Marketing (z. B. durch Stellwände, Poster, Radio- oder Fernsehspots) erreicht werden könne. In den Häusern, wo eine POV verfügbar ist, sollten ihrer Meinung nach die Patient:innen aktiv auf die Vorteile eines solchen Angebots für ihren Therapieprozess hingewiesen werden.

„isPO sollte flächendeckend angeboten werden. Ich wurde teilweise von anderen Patienten für die gute Anbindung an die Uniklinik beneidet und bin sehr froh über dieses Angebot.“

Implikationen für die POV ergeben sich aus Sicht der Patient:innen insofern, als die lokale, aber auch deutschlandweite Umsetzung der POV nur durch einen konstanten personellen Ressourcenaufbau, ausreichende Qualifizierungsmöglichkeiten und ausgeglichene finanzielle Ausstattung möglich sei. Es sei also wichtig, dass für eine bedarfsgerechte psychoonkologische Betreuung genügend qualifizierte Psychoonkolog:innen zur Verfügung stehen, d. h. Personalstellen geschaffen werden.

„Es nützt nichts, wenn ich das anbiete und habe das Personal nicht dafür, die sich da in Ruhe drum kümmern können. [...] und man hat nur einen Ansprechpartner. Also der ist ja dann auch heillos überlastet und das bringt dann auch nichts.“

Die Patient:innen heben hervor, dass eine langfristige und kontinuierliche psychoonkologische Begleitung Halt gebe und deshalb höchst relevant sei. Ein „abruptes Ende“ der psychoonkologischen Gespräche nach der stationären medizinischen Behandlung sei zu vermeiden und eine bedarfsorientierte, mindestens 12-monatige Versorgung sei gut und notwendig. Hierzu sollten also nachhaltige Strukturen aufgebaut werden. Für die Übertragung wäre es nötig, dass jedes onkologisch behandelnde Krankenhaus in dieser Form psychoonkologische Angebote anbieten kann und dass diese finanziert, ausgebaut und beibehalten werden. Zuletzt wird auch eine gute fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen der Onkologie und Psychoonkologie gefordert, um eine umfassende Krebsbehandlung zu ermöglichen.

Aus Sicht der Patient:innen müsste die POV im Gesundheitssystem selbst auch sichtbarer und bekannter gemacht werden, beispielsweise bei den Hausärzt:innen. Die Kommunikation über verfügbare Unterstützungsprogramme sollte ihrer Meinung nach verbessert werden, z. B. durch Fachartikel in Zeitschriften, aber auch durch Präsentationen der Ergebnisse solcher Programme wie isPO.

Den Patient:innen sei bewusst, dass es sich hier um eine gesellschaftliche und kulturelle Aufgabe handelt, die nur durch Anerkennung auf politischer und gesellschaftlicher Ebene sowie Maßgaben (Leitlinienumsetzung) und das Engagement aller Beteiligten umgesetzt werden kann. Um diesem Ziel näher zu kommen, sind aus Sicht der Patient:innen viele unterschiedliche, aber fokussierte Aktionen (z. B. Informationswoche für die PO, Fernsehspots) nötig.

2.3.3 Stellungnahme des Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V.

Der Konsortialpartner Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V. (HKSH-BV) hat am 28.07.2021 eine abschließende Stellungnahme zum isPO-Projekt sowie auf Nachfrage der externen Evaluation eine Ergänzung (Eingangsdatum: 21.09.2021) vorgelegt (Anhänge L und M). Die Dokumente umfassen zehn bzw. zwei Seiten. Das Hauptdokument gliedert sich in vier Teile, in denen (1) die Bedeutung der psychoonkologischen Versorgung innerhalb der onkologischen Versorgung, (2) die Aufgaben des HKSH-BV im isPO-Projekt, (3) die Bedeutung des isPO-Projekts aus Patient:innenperspektive dargestellt werden und (4) ein Ausblick gegeben wird. Die Ergänzung enthält Daten und Fakten zur Rekrutierung, Schulung und

Zertifizierung der isPO-Onkolots:innen sowie eine Darstellung der Herausforderungen des HKSH-BV in seiner Rolle als Konsortialpartner.

Das HKSH-BV beschreibt, welche tiefgreifenden und umfassenden Auswirkungen die Diagnose Krebs auf das Leben der jeweils Betroffenen hat bzw. haben kann. Dies betrifft sämtliche Lebensbereiche der erkrankten Personen, aber auch deren Umfeld. Die Klärung aufkommender, teilweise existentieller Fragen und der Umgang mit der Krebserkrankung sind genauso Teil der Behandlung wie die biomedizinische Versorgung. Damit „*kommt der Psychoonkologie eine große Bedeutung zu*“. Diese bietet aus Sicht des HKSH-BV psychologische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung. Auch weitergehende Unterstützungsangebote und Informationen werden vermittelt. Dazu gehört beispielsweise auch die Krebsselfhilfe als Austausch unter Gleichbetroffenen.

Das HKSH-BV hebt hervor, dass mit dem isPO-Projekt eine „*ganzheitliche*“ Krebsbehandlung möglich werde, indem eine neue Versorgungsform (nVF) entwickelt wird, durch die die Psychoonkologie bundesweit in gleicher Qualität angeboten und in die Krebsbehandlung integriert werden kann. Darüber hinaus entspricht das Ziel der Überwindung der Sektorengrenzen einer (leitliniengerechten) patient:innenorientierten Versorgung. Durch die gestufte Versorgung mit den verschiedenen Versorgungengruppen wird isPO den individuellen Bedarfen der Patient:innen gerecht. Mit den isPO-OL als Peer-Kontakt ist auch die Selbsthilfe als fester Bestandteil der nVF (Versorgungsstufe 1) in den Versorgungsprozess eingebunden.

Die Rekrutierung, Schulung und Zertifizierung der isPO-OL wurde vom HKSH-BV projektbegleitend durchgeführt (von Juni 2018 bis Februar 2020). Hierfür haben insgesamt fünf Info-Veranstaltungen und acht Schulungen stattgefunden. Die Rekrutierung erfolgte außerdem über verschiedene, hauptsächlich digitale Kanäle des HKSH-BV und seiner Mitgliedsverbände sowie über die Kontakte zu Patient:innen(-organisationen) der Krebsgesellschaft NRW. Insgesamt wurden 47 Personen zu isPO-OL geschult. Außerdem hat das HKSH-BV bundesweit wohnhafte Personen als Interessent:innen gelistet, die zertifizierte isPO-OL werden möchten, sobald dieses Angebot auch in ihrem Einzugsgebiet existiert.

Personen, die sich für das Ehrenamt interessieren, wurden vor der Schulung im Rahmen eines individuellen Eignungsgesprächs über die Tätigkeit und insbesondere die Voraussetzungen informiert. Neben der Tätigkeitsbereitschaft gehört dazu, dass die eigene Krebsbehandlung lange genug zurückliegt und sich die isPO-OL so in der Lage fühlen, sich abzugrenzen. Die Tätigkeit der isPO-OL besteht darin, neuerkrankten Krebspatient:innen anhand eines Infopakets „Rund um Krebs“ in einem Gespräch wohnortnahe Unterstützungsangebote zu vermitteln und für Fragen zur Verfügung zu stehen. Maßgeblich dabei ist, dass die isPO-OL durch die eigene Krebserkrankung ein authentisches Beispiel dafür geben, dass ein Leben mit Krebs möglich ist. Das Gespräch hat somit Mut machenden Charakter. Durch die Erfahrungsexpertise können die isPO-OL eine Unterstützung auf Peer-Ebene bieten, wie sie anderen professionellen Versorgenden nicht möglich ist.

Zur Qualitätssicherung der isPO-OL-Versorgung ist neben der Schulungsteilnahme die Unterzeichnung einer Verpflichtungserklärung als Voraussetzung zur Erlangung des Zertifikats festgeschrieben, wodurch die passgenaue Tätigkeit als isPO-OL gewährleistet wird. In seiner Stellungnahme listet das HKSH-BV die einzelnen Punkte der Verpflichtungserklärung auf, nämlich die Regelungen (1) zu den Gesprächsinhalten, (2) zur Gesprächsführung, (3) zur Sicherheit, zum Selbstschutz und zum Schutz der Patient:innen sowie (4) zur Einbindung der isPO-OL in das isPO-Programm.

Auch wird die zweite Befragungswelle der isPO-OL im Rahmen der zweiten formativen Evaluationsphase aufgegriffen, da das HKSH-BV die Teilnehmendenrekrutierung unterstützt hat. Deskriptive Ergebnisse zur isPO-OL-Befragung sind dem zweiten formativen Evaluationsbericht (FE 2.0) zu entnehmen [2], inferenzstatistische Analysen werden in Kapitel 2.3.4 präsentiert.

Zu seinen weiteren Aufgaben im Projektverlauf nennt das HKSH-BV die Beteiligung an der Optimierung der isPO-Patient:inneninformationsmaterialien (isPO-PIM) und der damit verbundenen Entwicklung der UPIM-Check (User-friendly Patient Information Material Checklist), einem nutzfrendlichen Instrument zur Bewertung und Optimierung von PIM. Diese Prozesse wurden außerdem unter Einbezug des HKSH-BV auf nationalen und internationalen Kongressen sowie in wissenschaftlichen Publikationen präsentiert. Außerdem hat das HKSH-BV die Teilnehmendenrekrutierung diverser Befragungen unterstützt (z. B. zur Validierung der UPIM-Check oder der Entwicklung einer patient:innenfreundlichen isPO-Webseite).

Des Weiteren erörtert das HKSH-BV die Herausforderungen, denen das isPO-Projekt aufgrund der COVID-19-Pandemie ausgesetzt war und immer noch ist. Die Einschränkungen in der gesamten Krebsversorgung und der Psychoonkologie im Speziellen hätten noch einmal mehr aufgezeigt, wie sehr eine etablierte psychoonkologische Regelversorgung vonnöten sei. Auch die notwendigen Veränderungen in der Versorgung durch die isPO-OL werden beschrieben. Teilweise konnten die Gespräche telefonisch angeboten werden, was aber mit einem administrativen Mehraufwand verbunden gewesen sei. Daher gebe es Fälle, in denen das isPO-Case Management das Gespräch übernehme, was allerdings nicht der Unterstützung durch eine gleichbetroffene Person gleichkäme. Positiv umgedeutet werden die Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie als Chance dafür gesehen, einen universellen, wohnortunabhängigen Versorgungszugang zu erarbeiten.

Zur Bedeutung des isPO-Programms hebt das HKSH-BV dessen Chancen hervor. Es ermögliche, dass der Bedarf an psychoonkologischer Versorgung frühzeitig entdeckt und aufgegriffen werde. Dies wird mit positiven Effekten für die Lebensqualität der Patient:innen und einem erhöhten Erfolg der biomedizinischen Krebsbehandlung in Verbindung gebracht. Mit Bezug auf den Bericht der FE 2.0 [2], speziell die Ergebnisse der Patient:innenbefragungen, betont das HKSH-BV das Potential des isPO-Programms, die psychoonkologische Versorgung zu verbessern.

Das HKSH-BV hat seine Tätigkeiten während der Implementierungsphase proaktiv in die Partizipationsstufen nach Cornwall [24] eingeordnet. Es betont, dass zunehmend hohe Partizipationsgrade erreicht wurden (Stufen 4 bis 6 – Kooperation – gegenseitiges Lernen – kollektive Umsetzung) und damit die Expertise der Patient:innenvertretung zu mehreren Momenten während des gesamten Projektverlaufs gewinnbringend für das Projekt eingeholt und eingebracht werden konnte.

Sich in so hohem verantwortungsvollem Maße aktiv in ein Forschungsprojekt einzubringen, stellt das HKSH-BV aber auch als große Herausforderung dar. Durch die „überwiegend ehrenamtliche Struktur“ stehen nur knappe hauptamtliche personelle Ressourcen zur Verfügung. Die Projektarbeit erfolgt zusätzlich zur Verbandsarbeit und kann finanziell nur teilweise durch die Personalmittel des Förderers aufgefangen werden. Es kommt hinzu, dass laut Projektantrag dem HKSH-BV eine begleitende und beratende Rolle zugeschrieben wurde. Darüber hinaus ist es aber während des Projektverlaufs schließlich damit beauftragt worden, die Konzeption des isPO-OL-Angebots sowie die Rekrutierung, Schulung und Zertifizierung von isPO-OL zu leisten und sich bei der partizipativen Optimierung der isPO-PIM zu engagieren. Während des isPO-Projekts kam es im HKSH-BV unter dem ohnehin schon geringen hauptamtlichen Personal zu Vakanzen und Neueinstellungen. Die Vereinbarung von Verbands- und Projektarbeit erforderte „erheblichen zeitlichen Mehraufwand“ und nach Neueinstellung mussten zunächst Informationsdefizite aufgefangen werden.

Nichtsdestoweniger betont das HKSH-BV, wie gewinnbringend und unabdingbar die Beteiligung der Patient:innenvertretung in der Versorgungsforschung ist und zitiert dazu Bethge und Danner [14] wie folgt: „Wenn innovative Versorgungsformen einen optimalen Nutzen für Patienten und auch für Leistungserbringer und Leistungsträger erreichen sollen, bedarf es der Nutzung aller verfügbaren Evidenz inklusive des Wissens aus Patienten- und

Betroffenensicht.“ Laut dem HKSH-BV ist eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe über den gesamten Projektverlauf hinweg nur mit entsprechenden personellen Ressourcen möglich. Hierbei ist zu bedenken, dass Patient:innenorganisationen überwiegend ehrenamtlich tätig sind und es sich um Personen handelt, die mitunter *„eingeschränkt belastbar sind oder Rückfälle haben können“*.

In seinem Fazit zum isPO-Projekt spricht das HKSH-BV seine *„volle Überzeugung“* aus. Es erhofft sich durch das Projekt eine bundesweite Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung, denn isPO greife die aktuell bestehende Versorgungslücke auf und ziele darauf ab, die Psychoonkologie in der Krebsbehandlung zu etablieren. Insbesondere wird vom HKSH-BV das „i“ in isPO hervorgehoben, welches für *„integriert“* steht. Dies bezieht sich auf die verschiedenen Versorgungengruppen des isPO-Programms, zu denen auch die isPO-OL gehören, wodurch isPO die professionelle Versorgung mit der Selbsthilfe verbindet. Um die isPO-OL-Versorgung weiter zu verbessern, empfiehlt das HKSH-BV, die Ergebnisse der externen Evaluation zu Optimierungsvorschlägen der isPO-OL für die Regelversorgung (Kapitel 2.3.6) zu berücksichtigen.

Bilanzierend stellt das HKSH-BV dar, dass das isPO-Programm (trotz der COVID-19-Pandemie) erfolgreich umgesetzt werden konnte und hebt dankend die hohe Leistungsbereitschaft aller Projektbeteiligten hervor.

2.3.4 Schriftliche isPO-Mitarbeiter:innenbefragung

Mitarbeiter:innen der vier Versorgungsnetzwerke (VN) wurden zu zwei Zeitpunkten befragt. Bei der ersten Befragung (T1) wurden die isPO-Versorgenden (professionelles psychoonkologisches Personal und isPO-Onkolots:innen (isPO-OL), das medizinische Stationspersonal sowie niedergelassene Ärzt:innen angeschrieben und befragt. Diejenigen, die bereits an der ersten schriftlichen Befragung teilnahmen, wurden zum zweiten Befragungszeitpunkt (T2) nochmals befragt. Um einen genaueren Eindruck zu den Erfahrungen des medizinischen Personals mit dem isPO-Programm zu erfassen, wurde aufgrund der geringen Rücklaufquote zusätzlich ein Kurzfragebogen erstellt und zum zweiten Befragungszeitpunkt versendet. Die Ergebnisse hierzu werden in Kapitel 2.3.5 präsentiert. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der regulären schriftlichen Mitarbeiter:innenbefragung dargestellt. Hierbei kann somit auch medizinisches Personal vertreten sein.

Rücklauf

In der ersten schriftlichen Befragung der Mitarbeiter:innen der VN belief sich der Gesamtrücklauf auf 18,7 % (Tabelle 278). Zur zweiten schriftlichen Befragung der Mitarbeiter:innen wurden die 56 bereits Befragten nochmals durch das IMVR angeschrieben. Zusätzlich wurden zwölf isPO-OL angeschrieben, die zu T1 noch nicht in den VN tätig waren, sodass insgesamt 67 Fragebögen an die Mitarbeiter:innen der vier VN versandt wurden. 45 ausgefüllte Fragebögen wurden an das IMVR zurückgeschickt. Insgesamt beläuft sich die Rücklaufquote damit auf 67,2 %. Die dezidierten Rücklaufquoten der jeweiligen VN sind Tabelle 279 zu entnehmen.

Tabelle 278. Rücklaufquoten der Mitarbeiter:innenbefragung I

Versorgungsnetzwerk	Anzahl versendeter Fragebögen	Anzahl ausgefüllter Fragebögen	Rücklaufquote (%)
1	192	30	15,6
2	26	11	42,3
3	46	5	10,9
4	36	10	27,8
Gesamt	300	56	18,7

Tabelle 279. Rücklaufquoten der Mitarbeiter:innenbefragung II

Versorgungsnetzwerk	Anzahl versendeter Fragebögen	Anzahl ausgefüllter Fragebögen	Rücklaufquote (%)
1	36	21	58,3
2	12	9	75,0
3	8	7	87,5
4	11	8	72,7
Gesamt	67	45	67,2

Stichprobenbeschreibung

Den Tabelle 280 bis Tabelle 282 ist zu entnehmen, innerhalb welcher Rolle sowie in welchem Umfang die Befragten Patient:innen im isPO-Programm versorgten und wie lange sie schon im Tätigkeitsbereich sowie in der Einrichtung arbeiten. Zudem sind den Tabelle 283 und Tabelle 284 die Schulbildung und das Geschlecht zu entnehmen.

Tabelle 280. Rolle im Projekt – Häufigkeiten in % (N)

Im Rahmen welcher Aufgaben bzw. Berufsgruppe sind Sie in das Projekt isPO eingebunden?	%	N
Arzt / Ärztin im Krankenhaus	22,2	6
Niedergelassene:r Arzt / Ärztin	11,1	3
Ärztliche:r / Psychologische:r Psychotherapeut:in	18,5	5
Psycholog:in	7,4	2
Pflegekraft	3,7	1
Medizinische:r Fachangestellte:r / Arzthelfer:in	0	0
Psychosoziale Fachkraft	11,1	3
Verwaltung / Qualitätsmanagement	22,2	6

Im Rahmen welcher Aufgaben bzw. Berufsgruppe sind Sie in das Projekt isPO eingebunden?	%	N
Case Manager:in	18,5	5
Leitende Funktion	3,7	1
isPO-Onkolots:in	37,8	17
Keine Angabe		1

Tabelle 281. Umfang der Versorgungstätigkeit in isPO – Häufigkeiten in % (N)

	Vollzeit	Teilzeit	Bei Bedarf	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
In welchem Umfang versorgen Sie die Patient:innen im Rahmen des Projekts?	30,8 (8)	26,9 (7)	42,3 (11)	(19)

Tabelle 282. Arbeitstätigkeit in der Einrichtung in Jahren – Häufigkeiten in % (N)

	< 1 Jahr	1-2 Jahre	3-5 Jahre	6-10 Jahre	> 10 Jahre	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Tätigkeitsfeld?	25,9 (7)	7,4 (2)	22,2 (6)	7,4 (2)	37,0 (10)	(18)
Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Einrichtung?	11,1 (3)	11,1 (3)	18,5 (5)	22,2 (6)	37,0 (10)	(18)

Tabelle 283. Schulische Bildung – Häufigkeiten in % (N)

Welchen höchsten allgemeinen Schulabschluss haben Sie?	%	N
Hauptschulabschluss oder gleichwertigen Abschluss	2,3	1
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	13,6	6
Fachhochschulreife	25,0	11
Allgemeine Hochschulreife / Abitur	54,5	24
Einen anderen, und zwar	4,5	2
Keine Angabe		1

Tabelle 284. Geschlecht – Häufigkeiten in % (N)

Angaben zu Ihrem Geschlecht	%	N
Männlich	34,1	15
Weiblich	65,9	29
Ich ordne mich keinem dieser Geschlechter zu	0	0

Fragestellung(en) (M-FS) 1-5c – Veränderung der Kennwerte von T1 zu T2

Im ersten und zweiten externen formativen Evaluationsbericht [2, 15] wurden bereits die Häufigkeiten und Mittelwerte zu den Ergebnissen der T1- und T2-Befragung dargestellt. Im Folgenden werden die wichtigsten Kennwerte zur Bewertung des isPO-Programms hinsichtlich ihrer Veränderung von T1 zu T2 präsentiert. Für die jeweiligen Kennwerte werden zentrale deskriptive sowie inferenzstatistische Ergebnisse berichtet. In die Berechnungen gehen diejenigen Befragten ein, die an der ersten und zweiten Befragung teilnahmen. Da die Befragungsdaten zur besonderen Versorgenden-Rolle der isPO-OL im Laufe des Kapitels tiefergehend abgehandelt werden, sind sie aus den Analysen ausgeschlossen worden. Die Stichprobe beläuft sich damit auf $n = 28$. Hierbei handelt es sich entsprechend um angestellte professionelle Versorgende.

M-FS 1 – Akzeptanz von isPO

27 der 28 Befragten füllten sowohl zu T1 als auch zu T2 die Skala zur Akzeptanz von isPO aus. Auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) konnten sie ihre Akzeptanz bewerten. Die Befragten weisen in der Tendenz eine positive Akzeptanz auf. Sowohl der Median als auch der Mittelwert ist zu T2 höher ausgeprägt (Tabelle 285).

Tabelle 285. Deskriptive Statistik zur Skala Akzeptanz von isPO (T1 und T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Akzeptanz von isPO (T1)	4,0	3,85	0,91	1,0	5,0
Akzeptanz von isPO (T2)	4,25	4,13	0,89	1,0	5,0

Die Differenz der T1- und T2-Werte war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt ($p = .046$). Bei gleichzeitig bestehender kleiner Stichprobe von $n < 30$ wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. **Die Akzeptanz von isPO ist zu T2 nach zweiseitigem asymptotischem Wilcoxon-Test nicht signifikant größer als zu T1: $z = 1,35$, $p = .178$, $n = 27$.**

M-FS 2 – Angemessenheit von isPO

27 der 28 Befragten füllten sowohl zu T1 als auch zu T2 die Skala zur Angemessenheit von isPO aus. Auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) konnten sie die Angemessenheit bewerten. Die Befragten beurteilen die Angemessenheit von isPO in der Tendenz neutral bis positiv. Der Mittelwert ist zu T2 leicht höher ausgeprägt, während der Median konstant bleibt (Tabelle 286).

Tabelle 286. Deskriptive Statistik zur Skala Angemessenheit von isPO (T1 und T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Angemessenheit von isPO (T1)	3,50	3,53	0,91	1,0	5,0
Angemessenheit von isPO (T2)	3,50	3,56	0,98	1,0	5,0

Die Differenz der T1- und T2-Werte war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ($p = .459$). Bei gleichzeitig bestehender kleiner Stichprobe von $n < 30$ wurde vor dem t-Test ein Bootstrapping durchgeführt. **Die Bewertung der Angemessenheit von isPO hat sich von T1 zu T2 nicht verändert: $t(25) = 0,065$, $p = .95$, BCa 95 % CI $[-0,26; 0,28]$, $n = 26$.**

M-FS 3 – Durchführbarkeit von isPO

26 der 28 Befragten füllten sowohl zu T1 als auch zu T2 die Skala zur Durchführbarkeit von isPO aus. Auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) konnten sie die Durchführbarkeit bewerten. Die Befragten beurteilen die Durchführbarkeit von isPO in der Tendenz neutral bis positiv. Der Median ist zu T2 niedriger ausgeprägt, während der Mittelwert zu T2 leicht höher ausgeprägt ist (Tabelle 287).

Tabelle 287. Deskriptive Statistik zur Skala Durchführbarkeit von isPO (T1 und T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Durchführbarkeit von isPO (T1)	3,25	3,23	0,95	1,5	5,0
Durchführbarkeit von isPO (T2)	3,12	3,31	0,92	1,0	5,0

Die Differenz der T1- und T2-Werte war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ($p = .792$). Bei gleichzeitig bestehender kleiner Stichprobe von $n < 30$ wurde vor dem t-Test ein Bootstrapping durchgeführt. **Die Bewertung der Durchführbarkeit von isPO hat sich von T1 zu T2 nicht verändert: $t(25) = 0,051$, $p = .96$, BCa 95 % CI $[-0,33; 0,36]$, $n = 26$.**

M-FS 4 – Programmkonzept

26 der 28 Befragten füllten sowohl zu T1 als auch zu T2 das Item zur Bewertung des isPO-Programmkonzepts aus. Auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) konnten sie das Programmkonzept bewerten. Die Befragten beurteilen das Programmkonzept von isPO in der Tendenz positiv. Der Mittelwert ist zu T2 leicht niedriger ausgeprägt, während der Median konstant bleibt (Tabelle 288).

Tabelle 288. Deskriptive Statistik zur Skala Programmkonzept von isPO (T1 und T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Programmkonzept von isPO (T1)	4,0	3,56	0,89	1,0	5,0
Programmkonzept von isPO (T2)	4,0	3,46	0,99	1,0	5,0

Die Differenz der T1- und T2-Werte war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt ($p = .044$). Bei gleichzeitig bestehender kleiner Stichprobe von $n < 30$ wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. **Das Programmkonzept von isPO ist zu T2 nach zweiseitigem asymptotischem Wilcoxon-Test nicht signifikant größer als zu T1: $z = 0,816$, $p = .415$, $n = 25$.**

M-FS 5a – CAPSYS²⁰²⁰ Gebrauchstauglichkeit (Usability)

14 der 28 Befragten füllten sowohl zu T1 als auch zu T2 die Skala zur Gebrauchstauglichkeit des CAPSYS²⁰²⁰-Systems aus. Auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) konnten sie diese bewerten. Die Befragten beurteilen die CAPSYS²⁰²⁰-System-Gebrauchstauglichkeit von isPO in der Tendenz mittelmäßig bis gut. Sowohl der Median als auch der Mittelwert ist zu T2 etwas höher ausgeprägt (Tabelle 289).

Tabelle 289. Deskriptive Statistik zur Skala CAPSYS-System Usability von isPO (T1 und T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
CAPSYS ²⁰²⁰ – Gebrauchstauglichkeit (T1)	71,25	68,89	17,39	40,0	92,5
CAPSYS ²⁰²⁰ – Gebrauchstauglichkeit (T2)	75,0	69,29	16,77	37,5	87,5

Die Differenz der T1- und T2-Werte war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ($p = .133$). Bei gleichzeitig bestehender kleiner Stichprobe von $n < 30$ wurde vor dem t-Test ein Bootstrapping durchgeführt. **Die Bewertung der CAPSYS²⁰²⁰-System-Gebrauchstauglichkeit hat sich von T1 zu T2 nicht signifikant verändert: $t(13) = 0,264$, $p = .8$, BCa 95 % CI [-12,18; 7,34], $n = 14$.**

M-FS 5b – CAPSYS²⁰²⁰-Dokumentation und Abrechnung

14 der 28 Befragten füllten sowohl zu T1 als auch zu T2 die Items zur CAPSYS²⁰²⁰-Dokumentation und Abrechnung von isPO aus. Auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) konnten sie die CAPSYS²⁰²⁰-Dokumentation und Abrechnung bewerten. Die Befragten beurteilen die CAPSYS²⁰²⁰-Dokumentation und Abrechnung in der Tendenz positiv. Jedoch wird sowohl der Median als auch der Mittelwert zu T2 niedriger (Tabelle 290). Demnach sinkt die Zufriedenheit mit dem CAPSYS²⁰²⁰-System in der Tendenz.

Tabelle 290. Deskriptive Statistik zur Skala CAPSYS2020-Dokumentation und Abrechnung (T1 und T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
CAPSYS ²⁰²⁰ -Dokumentation und Abrechnung (T1)	4,0	3,5	1,1	1,0	5,0
CAPSYS ²⁰²⁰ -Dokumentation und Abrechnung (T2)	3,0	2,64	1,39	1,0	4,0

Die Differenz der T1- und T2-Werte war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt ($p = .015$). Bei gleichzeitig bestehender kleiner Stichprobe von $n < 30$ wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. **Die CAPSYS²⁰²⁰-Dokumentation und Abrechnung ist zu T2 nach zweiseitigem asymptotischem Wilcoxon-Test nicht signifikant kleiner als zu T1: $z = 1,7, p = .089, n = 14$.**

M-FS 5c – CAPSYS²⁰²⁰-Aufwand

15 der 28 Befragten füllten sowohl zu T1 als auch zu T2 das Item zur Bewertung des Aufwands des CAPSYS²⁰²⁰-Systems aus. Auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu) konnten sie den CAPSYS²⁰²⁰-Aufwand bewerten. Die Befragten beurteilen den Aufwand in der Tendenz zunächst neutral, jedoch steigt sowohl der Median als auch der Mittelwert zu T2 (Tabelle 291). Entsprechend deutet dies darauf hin, dass die Befragten den Aufwand zu T2 höher einschätzen.

Tabelle 291. Deskriptive Statistik zur Skala CAPSYS2020-Aufwand von isPO (T1 und T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
CAPSYS ²⁰²⁰ -Aufwand von isPO (T1)	2,5	2,56	1,04	1,0	4,0
CAPSYS ²⁰²⁰ -Aufwand von isPO (T2)	4,0	3,40	1,06	2,0	5,0

Die Differenz der T1- und T2-Werte war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt ($p = .014$). Bei gleichzeitig bestehender kleiner Stichprobe von $n < 30$ wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. **Der CAPSYS²⁰²⁰-Aufwand ist zu T2 nach zweiseitigem asymptotischem Wilcoxon-Test signifikant größer als zu T1: $z = -2,72, p = .006, n = 15$.**

Programmbewertung und mögliche Korrelate

Neben der Bewertung der Programmkonzeption hatten die Befragten die Möglichkeit, andere Aspekte des isPO-Programms, ihre Arbeitsbedingungen innerhalb von isPO und grundlegend in der Einrichtung, individuelle Einstellungen zu ihrer Arbeit, ihre Persönlichkeit und ihren Kohärenzsinn zu bewerten. Hierbei handelte es sich sowohl um Einzelitems als auch um validierte Skalen, die die Grundlage der Bewertung darstellen. Im Folgenden sollen diese Variablen, thematisch gruppiert, deskriptiv präsentiert werden. Zudem sollen Korrelationsanalysen Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zur Programmbewertung (Konzept und Umsetzbarkeit) geben.

Tabelle 292 stellt die Ergebnisse deskriptiver Maße der zentralsten Items zur Programmbewertung dar.

Tabelle 292. Deskriptive Statistik Programmbewertung (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max	N
Programmkonzept* <i>Alles in allem betrachtet, was ist Ihre persönliche Meinung zum Konzept des Programms?</i>	4,0	3,46	0,99	1,0	5,0	26
Einschreibungsprozess** <i>Die Einschreibung / Überweisung der Patient:innen zum isPO-Programm verläuft gut.</i>	3,0	2,48	0,80	1,0	4,0	27
Nutzung des HADS zur Stufeneinteilung <i>Die Einteilung der Patient:innen in die Versorgungsstufen mit Hilfe des HADS entspricht ihrem Unterstützungsbedarf.</i>	3,0	2,73	0,53	2,0	4,0	26
Bedarfsgerechte Versorgung durch die Versorgungsstufen <i>Durch die verschiedenen Stufen des isPO-Programms ist eine bedarfsgerechte Versorgung möglich.</i>	3,0	2,74	0,71	1,0	4,0	27
Umsetzbarkeit der Versorgungspfade <i>Die vorgegebenen Versorgungspfade des isPO-Programms sind in der Versorgungsrealität gut umsetzbar.</i>	2,0	2,3	0,68	1,0	3,0	26

* Antwortkategorien von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) ** Antwortkategorien für die restlichen Items zur Programmbewertung von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu)

M-FS 6a - 6e – Ressourcen und Programmbewertung

27 der 28 Befragten füllten zu T2 die Items zur Bewertung personeller und zeitlicher Ressourcen und 22 der Befragten das Item zur Bewertung finanzieller Ressourcen aus. Auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (völlig) konnten sie bewerten, inwiefern diese Ressourcen in ihrer Versorgungseinrichtung ausreichen, um das isPO-Konzept umzusetzen. Die Befragten beurteilen die Ressourcen, die für die Arbeit in isPO zur Verfügung stehen, in der Tendenz als gering (Tabelle 293).

Tabelle 293. Deskriptive Statistik zum Ressourcenumfang für die Arbeit in isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Personelle Ressourcen	2,0	2,15	0,86	1,0	4,0
Zeitliche Ressourcen	2,0	2,04	0,71	1,0	3,0
Finanzielle Ressourcen	2,0	2,27	0,99	1,0	4,0

Der Mittelwert zur Bewertung des Programmkonzepts zu T2 liegt bei $M = 3,46$ (Tabelle 292). Die Korrelationsanalysen zeigen, dass lediglich der Umfang finanzieller Ressourcen signifikant mit der Konzeptbewertung zusammenhängt ($r = .46$, $p < .05$). **Je höher die finanziellen Ressourcen eingeschätzt werden, desto positiver wird das Programmkonzept bewertet und umgekehrt.**

Der Mittelwert zur Bewertung des Einschreibungsprozesses zu T2 liegt bei $M = 2,48$ (Tabelle 292) und ist in der Tendenz demnach im negativen bis neutralen Wertebereich. Die **Korrelationsanalysen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Umfang der Ressourcen und der Zufriedenheit mit dem Einschreibungsprozess.**

Der Mittelwert zur Bewertung des HADS als Instrument zur Einteilung der Versorgungsstufen zu T2 liegt bei $M = 2,73$ (Tabelle 292) und ist in der Tendenz demnach im neutralen Wertebereich. Die **Korrelationsanalysen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Umfang der Ressourcen und der Zufriedenheit mit dem HADS als Instrument zur Einteilung der Versorgungsstufen.**

Der Mittelwert zur Bewertung bedarfsgerechter Versorgung durch die Versorgungsstufen zu T2 liegt bei $M = 2,74$ (Tabelle 292) und ist in der Tendenz demnach im neutralen Wertebereich. Die **Korrelationsanalysen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Umfang der Ressourcen und der Zufriedenheit mit der bedarfsgerechten Versorgung durch die Versorgungsstufen.**

Der Mittelwert zur Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zu T2 liegt bei $M = 2,31$ (Tabelle 292). Die Korrelationsanalysen zeigen, dass lediglich der Umfang finanzieller Ressourcen signifikant mit der Bewertung der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammenhängt ($r = .46$, $p < .05$). **Je höher die finanziellen Ressourcen eingeschätzt werden, desto positiver wird die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade bewertet und umgekehrt.**

M-FS 7 – Aufwand-Nutzen-Verhältnis und Konzeptbewertung

27 der 28 Befragten füllten zu T2 die Items zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis aus. Auf einer Skala von 1 (der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich) bis 5 (der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich) konnten sie das Verhältnis von Aufwand zu Nutzen des isPO-Programms in ihrer Versorgungseinrichtung bewerten. Die Befragten beurteilen den Aufwand im Verhältnis zum Nutzen durch isPO in der Tendenz ausgeglichen (Tabelle 294).

Tabelle 294. Deskriptive Statistik zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis von isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Aufwand-Nutzen-Verhältnis*	2,0	2,56	1,42	1,0	5,0

* Antwortkategorien von 1 (Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich) bis 5 (Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich)

Die Korrelationsanalyse zeigt, dass **das Aufwand-Nutzen-Verhältnis signifikant mit der Konzeptbewertung zusammenhängt ($r = .645$, $p < .001$)**. Je höher das Aufwand-Nutzen-Verhältnis eingeschätzt wird, d. h. je mehr der Nutzen den Aufwand übersteigt, desto positiver wird das Programmkonzept bewertet und umgekehrt.

M-FS 8a-8d – Programmkomponenten und Konzeptbewertung

Tabelle 292 stellt die deskriptiven Ergebnisse der Variablen zu den Programmkomponenten dar. Die Befragten beurteilen diese in der Tendenz positiv. Lediglich die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade wurde in der Tendenz neutral bewertet.

Die Korrelationsanalysen (Tabelle 295) zeigen, dass außer der Variable zur Nutzung des HADS als Instrument zur Stufeneinteilung alle weiteren Programmkomponenten positiv mit der Konzeptbewertung zusammenhängen: **Je zufriedener die Mitarbeiter:innen mit dem Einschreibungsprozess sind, desto positiver wird das Programmkonzept bewertet und umgekehrt. Je besser die bedarfsgerechte Versorgung durch die Versorgungsstufen eingeschätzt wird, desto positiver wird das Programmkonzept bewertet und umgekehrt. Je besser die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade eingeschätzt wird, desto positiver wird das Programmkonzept bewertet und umgekehrt.**

Tabelle 295. Korrelationsanalysen zwischen den Programmkomponenten und der isPO-Konzeptbewertung (T2)

Variable	Konzeptbewertung
	r
Einschreibungsprozess	.571**
Nutzung des HADS zur Stufeneinteilung	.321
Bedarfsgerechte Versorgung durch Versorgungsstufen	.460*
Umsetzbarkeit Versorgungspfade	.531**
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$	

M-FS 9a-9e – Arbeitsbedingungen und die Programmbewertung

Im Sinne der Analyse des Einflusses kontextueller Faktoren auf die Implementierung des isPO-Programms werden im Folgenden deskriptive Ergebnisse und Ergebnisse von Korrelationsanalysen hinsichtlich des Einflusses der Arbeitsbedingungen auf die Programmbewertung dargestellt.

M-FS 9a – Individuelle Wahrnehmung der Arbeit und Programmbewertung

Der Mittelwert zum arbeitsbezogenen Kohärenzsinn zu T2 liegt bei $M = 5,02$ (Tabelle 296) und ist in der Tendenz demnach im positiven Wertebereich. In Bezug auf die Effort-Reward-Skala (ERI) zeigt sich: Der Mittelwert der ERI-Overcommitment Scale zu T2 liegt bei $M = 2,29$ (Tabelle 296) und ist in der Tendenz demnach im niedrigen (wenig Overcommitment) bis neutralen Bereich. Der Mittelwert zur ERI-Effort Scale zu T2 liegt bei $M = 3,12$ (Tabelle 296) und ist in der Tendenz demnach im höheren Wertebereich. Der Mittelwert zur ERI-Reward Scale zu T2 liegt bei $M = 2,75$ (Tabelle 296) und ist in der Tendenz demnach im neutralen bis höheren Wertebereich.

Tabelle 296. Deskriptive Statistik zur individuellen Wahrnehmung der Arbeit in isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn*	5,44	5,02	1,0	2,67	6,67
ERI-Overcommitment Scale**	2,25	2,29	0,81	1,17	3,83
ERI-Effort Scale**	3,33	3,12	0,52	1,67	4,0
ERI-Reward Scale**	2,86	2,75	0,63	1,71	3,86

* Antwortkategorien von 1 bis 7 ** Antwortkategorien von 1 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme voll zu)

Die Korrelationsanalysen zeigen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem arbeitsbezogenen Kohärenzsinn und der Konzeptbewertung. Allerdings zeigt sich, dass die Skala zum Overcommitment signifikant mit der Konzeptbewertung zusammenhängt (Tabelle 297). Je höher das Overcommitment, desto positiver wird das Programmkonzept in der Tendenz bewertet und umgekehrt.

Tabelle 297. Korrelationsanalysen zwischen den individuellen Wahrnehmungen der Arbeit in isPO und der isPO-Konzeptbewertung (T2)

Variablen	Konzeptbewertung
	r
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn	.014
ERI-Overcommitment	.561**
ERI-Effort	.16
ERI-Reward	.124

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

M-FS 9b – Personenbezogene Faktoren und die Programmbewertung

Die Befragten sind in der Tendenz nicht widerständig gegenüber Veränderungen, da die Mittelwerte von Routine Seeking und Short-Term Focus im niedrigen Wertebereich liegen (Tabelle 298). In der Tendenz zeigen die Befragten zudem Mittelwerte im höheren Wertebereich hinsichtlich der Persönlichkeitseigenschaften der Extraversion, der Verträglichkeit, der Gewissenhaftigkeit sowie der Offenheit (Tabelle 298). Der Kohärenzsinn liegt im Mittel im höheren Wertebereich und damit positiv ausgeprägt (Tabelle 298).

Die Korrelationsanalysen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den genannten personenbezogenen Faktoren und der Konzeptbewertung.

Tabelle 298. Deskriptive Statistik zu personenbezogenen Faktoren in isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Individuelle Veränderungsbereitschaft – Routine Seeking*	2,0	2,31	0,68	1,0	3,0
Individuelle Veränderungsbereitschaft – Short-Term Focus*	2,0	2,24	0,86	1,0	4,25
Extraversion**	4,0	3,65	0,86	2,0	5,0
Verträglichkeit**	3,5	3,57	0,58	2,0	4,5
Gewissenhaftigkeit**	4,0	3,98	0,7	2,0	5,0
Neurotizismus**	2,5	2,7	0,79	1,5	4,0
Offenheit**	3,5	3,31	1,13	1,0	5,0
Kohärenzsinn***	5,54	5,38	0,77	3,15	6,69

* Antwortkategorien von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme stark zu); ** Antwortkategorien von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu); *** Antwortkategorien von 1 bis 7 mit unterschiedlichen Antwortpolen

M-FS 9c – Sozialkapital und die Programmbewertung

Der Mittelwert zur Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteur:innen sowie zur sozialen Rückendeckung liegt im Mittel im positiven Wertebereich (Tabelle 299). Die Mittelwerte zu den Skalen Vertrauensorganisation und Offene Kommunikation sind im Mittel im neutralen bis positiven Wertebereich (Tabelle 299).

Tabelle 299. Deskriptive Statistik zum Sozialkapital in isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteur:innen*	3,0	3,03	0,46	2,17	3,83
Vertrauensorganisation	2,75	2,80	0,61	1,75	4,0
Soziale Rückendeckung**	4,0	4,19	0,67	2,67	5,0
Offene Kommunikation	2,75	2,63	0,66	1,5	3,75

* Antwortkategorien für die Variablen Zusammenarbeit, Vertrauensorganisation und Offene Kommunikation von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu); ** Antwortkategorien von 1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft völlig zu)

Die Korrelationsanalysen zeigen lediglich einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala zur Vertrauensorganisation und Bewertung des Programmkonzepts (Tabelle 300). Je besser die Vertrauensorganisation, desto positiver wird das Programmkonzept in der Tendenz bewertet und umgekehrt.

Tabelle 300. Korrelationsanalysen zwischen Variablen zum Sozialkapital und der isPO-Konzeptbewertung (T2)

Variablen	Konzeptbewertung
	r
Zusammenarbeit zwischen den isPO-Akteur:innen	.169
Vertrauensorganisation	.435*
Soziale Rückendeckung	-.118
Offene Kommunikation	.373

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

M-FS 9d – Organisationsbezogene Faktoren und die Programmbewertung

Die organisationale Veränderungsbereitschaft liegt im Mittel im neutralen Wertebereich (Change Commitment und Change Efficacy) (Tabelle 301). Das Innovationsklima liegt ähnlich im neutralen bis positiven Wertebereich (Tabelle 301).

Tabelle 301. Deskriptive Statistik zu organisationsbezogenen Faktoren in isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Change Commitment*	3,4	3,37	0,62	2,2	4,4
Change Efficacy	3,0	3,11	0,54	2,0	4,0
Innovationsklima**	2,86	2,85	0,62	1,71	4,0

* Antwortkategorien von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimmt voll und ganz zu); ** Antwortkategorien von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu)

Die Korrelationsanalysen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen organisationsbezogenen Faktoren und der Konzeptbewertung.

M-FS 9e – Arbeitsbedingungen in isPO und Programmbewertung

Im Mittel schätzen die Befragten ihren Informationsbedarf als niedrig ein (Tabelle 302). Die Mittelwerte zu Planungsdefiziten und Einschränkungen durch isPO liegen im neutralen Wertebereich (Tabelle 302). Der organisatorische Aufwand in isPO wird im Mittel als hoch eingeschätzt (Tabelle 302). Allerdings haben sich die Arbeitsbedingungen durch isPO im Mittel weder verschlechtert noch verbessert (Tabelle 302).

Tabelle 302. Deskriptive Statistik zu den Arbeitsbedingungen in isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Informationsbedarf zu Arbeitsaufgaben*	2,0	2,07	0,86	1,0	4,0
Informationsbedarf zu Versorgungsabläufen*	2,0	2,21	0,88	1,0	4,0
Informationsbedarf zu Projektzielen*	1,0	1,61	0,79	1,0	4,0
Planungsdefizite*	2,5	2,5	0,87	1,0	4,0
Organisatorischer Aufwand**	3,5	3,39	0,69	2,0	4,0
Einschränkungen durch isPO**	2,0	2,57	1,1	1,0	4,0
Veränderungen der Arbeitsbedingungen durch isPO***	3,0	2,89	1,32	1,0	5,0

* Antwortkategorien von 1 (trifft nicht zu) bis 4 (trifft zu); ** Antwortkategorien von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu); *** Antwortkategorien von 1 (sehr verschlechtert) bis 5 (sehr verbessert)

Lediglich zwischen den Variablen zum organisatorischen Aufwand in isPO und zu den Einschränkungen durch isPO gibt es signifikante negative Zusammenhänge mit der Konzeptbewertung (Tabelle 303). **Je geringer der organisatorische Aufwand ist, desto**

positiver wird das Programmkonzept bewertet und umgekehrt. Je geringer die Einschränkungen durch isPO sind, desto positiver wird das Programmkonzept in der Tendenz bewertet und umgekehrt.

Tabelle 303. Korrelationsanalysen zwischen den Variablen zu den Arbeitsbedingungen in isPO und der isPO-Konzeptbewertung (T2)

Variablen	Konzeptbewertung
	r
Informationsbedarf zu Arbeitsaufgaben	.239
Informationsbedarf zu Versorgungsabläufen	.187
Informationsbedarf zu Projektzielen	.115
Planungsdefizite	-.177
Organisatorischer Aufwand	-.471*
Einschränkungen durch isPO	-.634**
Veränderungen der Arbeitsbedingungen durch isPO	.617

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

M-FS 10a – Individuelle Wahrnehmung der Arbeit und Umsetzbarkeit der Versorgungspfade

Die Korrelationsanalysen zeigen, dass der arbeitsbezogene Kohärenzsinn signifikant mit der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammenhängt (Tabelle 304). **Je höher der arbeitsbezogene Kohärenzsinn, desto weniger umsetzbar werden die Versorgungspfade bewertet und umgekehrt.**

Die Korrelationsanalysen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem ERI-Effort, ERI-Reward oder ERI-Overcommitment und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade (Tabelle 304).

Tabelle 304. Korrelationsanalysen zu den individuellen Wahrnehmungen der Arbeit in isPO und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade (T2)

Variablen	Umsetzbarkeit der Versorgungspfade
	r
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn	-.40*
ERI-Effort	.201
ERI-Reward	-.065
ERI-Overcommitment	.322
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001	

M-FS 10b – Personenbezogene Faktoren und die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade

Die Korrelationsanalysen zeigen, dass die Subkala Routine Seeking der individuellen Veränderungsbereitschaft signifikant mit der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammenhängt (Tabelle 305). Je höher das Routine Seeking, desto positiver wird die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade bewertet und umgekehrt.

Die Korrelationsanalysen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeit und dem Kohärenzsinn sowie der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade.

Tabelle 305. Korrelationsanalysen zwischen personenbezogenen Faktoren und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade in isPO (T2)

Variablen	Umsetzbarkeit der Versorgungspfade
	r
Individuelle Veränderungsbereitschaft – Routine Seeking	.402*
Individuelle Veränderungsbereitschaft – Short-Term Focus	.383
Extraversion	-.234
Verträglichkeit	.225
Gewissenhaftigkeit	-.267
Neurotizismus	.136
Offenheit	-.259
Kohärenzsinn	-.251
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001	

M-FS 10c – Sozialkapital und die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade

Die Korrelationsanalysen zeigen **keine signifikanten Zusammenhänge** zwischen den Variablen zum Sozialkapital und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade.

M-FS 10d – Organisationsbezogene Faktoren und die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade

Die Korrelationsanalysen zeigen **keine signifikanten Zusammenhänge** zwischen organisationsbezogenen Faktoren und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade.

M-FS 10e – Arbeitsbedingungen in isPO und die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade

Lediglich die Variablen zum organisatorischen Aufwand, zu den Einschränkungen durch isPO und zur Bewertung der Veränderung der Arbeitsbedingungen durch isPO hängen signifikant mit der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade zusammen (Tabelle 306).

Je geringer der organisatorische Aufwand und je geringer die Einschränkungen durch isPO bewertet werden, desto positiver wird die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade bewertet und umgekehrt. Ferner zeigt sich, dass, **wenn sich die Arbeitsbedingungen durch isPO eher gebessert haben, die Umsetzbarkeit der Versorgungspfade umso positiver bewertet wird und umgekehrt (Tabelle 306).**

Tabelle 306. Korrelationsanalysen zwischen den Variablen zu den Arbeitsbedingungen in isPO und der Umsetzbarkeit der Versorgungspfade (T2)

Variablen	Umsetzbarkeit der Versorgungspfade
	r
Informationsbedarf zu Arbeitsaufgaben	.252
Informationsbedarf zu Versorgungsabläufen	.015
Informationsbedarf zu Projektzielen	-.225
Planungsdefizite	-.374
Organisatorischer Aufwand	-.615**
Einschränkungen durch isPO	-.596**
Veränderungen der Arbeitsbedingungen durch isPO	.564**
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001	

M-FS 11 – Spezifische Bewertungen der Psychosozialen Fachkräfte (PSF) und Psychotherapeut:innen (PT)

12 der 28 Befragten füllten zu T2 das Item zum Zeitpunkt des Erstkontaktes aus. Die Befragten beurteilen den Zeitpunkt des Erstkontakts in der Tendenz als genau passend (Tabelle 307).

Tabelle 307. Zeitpunkt des Erstkontakts mit den Patient:innen – Häufigkeiten in % (N)

	Zu früh	Genau passend	Zu spät	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Mein Erstkontakt mit den Patient:innen war in der Regel ...	8,3 (1)	75,0 (9)	16,7 (2)	(16)

8-9 der 28 Befragten füllten zu T2 die spezifischen Items zur psychoonkologischen Betreuung als PSF oder PT aus (Tabelle 308 und Tabelle 309). In der Tendenz bewerteten sie die Umsetzbarkeit des isPO-Versorgungskonzepts zur psychoonkologischen Betreuung als gut. Etwa die Hälfte hielt sich hierbei an das Konzept, während die andere Hälfte dies eher nicht tat. Die Mehrheit der Befragten empfand das Behandlungsmanual für die Versorgungsstufe 3 nicht als hilfreich. Jedoch konnten sie die Patient:innen entsprechend ihrer Bedürfnisse versorgen. Alle gaben an, eine gute Beziehung zu den Patient:innen aufbauen zu können.

Tabelle 308. Spezifische Bewertungen der Psychosozialen Fachkräfte und Psychotherapeut:innen – Häufigkeiten in % (N)

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Das isPO-Versorgungskonzept zur psychoonkologischen Betreuung war gut umsetzbar.	11,1 (1)	33,3 (3)	55,6 (5)	0 (0)	(19)
In der psychoonkologischen Betreuung der Patient:innen habe ich mich stets an das isPO-Versorgungskonzept gehalten.	0 (0)	44,4 (4)	44,4 (4)	11,1 (1)	(19)
Ich empfand das isPO-Behandlungsmanual (Stufe 3) als hilfreich.	12,5 (1)	50,0 (4)	25,0 (2)	12,5 (1)	(20)
Ich konnte die Patient:innen entsprechend ihrer Bedürfnisse betreuen.	0 (0)	11,1 (1)	55,6 (5)	33,3 (3)	(19)
Ich konnte in der Regel eine gute Beziehung zu den Patient:innen aufbauen	0 (0)	0 (0)	55,6 (5)	44,4 (4)	(19)

Tabelle 309. Deskriptive Statistik zur spezifischen Bewertung der Psychosozialen Fachkräfte und Psychotherapeut:innen (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Das isPO-Versorgungskonzept zur psychoonkologischen Betreuung war gut umsetzbar.	3,0	2,44	0,73	1,0	3,0
In der psychoonkologischen Betreuung der Patient:innen habe ich mich stets an das isPO-Versorgungskonzept gehalten.	3,0	2,67	0,71	2,0	4,0
Ich empfand das isPO-Behandlungsmanual (Stufe 3) als hilfreich.	2,0	2,38	0,92	1,0	4,0
Ich konnte die Patient:innen entsprechend ihrer Bedürfnisse betreuen.	3,0	3,22	0,67	2,0	4,0
Ich konnte in der Regel eine gute Beziehung zu den Patient:innen aufbauen	3,0	3,44	0,53	3,0	4,0

9 der 28 Befragten füllten zu T2 das Item zur Kontakthäufigkeit aus. Die Befragten beurteilen die Kontakthäufigkeit in der Tendenz als genau passend (Tabelle 310).

Tabelle 310. Kontakthäufigkeit mit den Patient:innen – Häufigkeiten in % (N)

	Zu selten	Genau passend	Zu häufig	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Die Kontakthäufigkeit zu den Patient:innen war in der Regel ...	44,4 (4)	55,6 (5)	0 (0)	(19)

Die Kontakthäufigkeiten zu den Patient:innen empfanden die PSF und PT als genau passend oder zu selten, aber in keinem Fall als zu häufig.

M-FS 12 – Bewertung der Qualitätszirkel

14 der 28 Befragten füllten zu T2 die Items zur Bewertung des Qualitätszirkels aus. Der Qualitätszirkel wurde von den PSF und PT im Hinblick auf das Lösen anstehender Probleme, den Beitrag zu Optimierungen und einer verbesserten Kommunikation in der Tendenz als hilfreich bewertet (Tabelle 311 und Tabelle 312).

Tabelle 311. Bewertung der Qualitätszirkel – Häufigkeiten in % (N)

Die Qualitätszirkel ...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
... erwiesen sich als hilfreich.	7,1 (1)	14,3 (2)	64,3 (9)	14,3 (2)	(14)
... haben beim Lösen anstehender Probleme geholfen.	7,1 (1)	14,3 (2)	71,4 (10)	7,1 (1)	(14)
... tragen zur Optimierung an unserem isPO-Versorgungsstandort bei.	7,1 (1)	14,3 (2)	57,1 (8)	21,4 (3)	(14)
... verbessern die Kommunikation an unserem isPO-Versorgungsstandort.	7,1 (1)	28,6 (4)	42,9 (6)	21,4 (3)	(14)

Tabelle 312. Deskriptive Statistik zum Qualitätszirkel in isPO (T2)

Die Qualitätszirkel ...	Md	M	SD	Min	Max
... erwiesen sich als hilfreich.	3,0	2,86	0,77	1,0	4,0
... haben beim Lösen anstehender Probleme geholfen.	3,0	2,79	0,7	1,0	4,0
... tragen zu Optimierungen an unserem isPO-Versorgungsstandort bei.	3,0	2,93	0,83	1,0	4,0
... verbessern die Kommunikation an unserem isPO-Versorgungsstandort.	3,0	2,79	0,89	1,0	4,0

M-FS 13 – Bewertung der Veränderungen durch das isPO-Programm

26-27 der 28 Befragten füllten zu T2 die Items zu Veränderungen durch das isPO-Programm aus. Die PSF und PT nehmen in der Versorgungsqualität sowie der kontinuierlichen Patient:innenversorgung über die Kliniken hinaus tendenziell positive Veränderungen wahr. Die Zuständigkeiten in der Patient:innenversorgung und die Früherkennung vulnerabler Fälle bewerten die PSF und PT weder positiv noch negativ (Tabelle 313 und Tabelle 314).

Tabelle 313. Bewertung der Veränderungen durch das isPO-Programm – Häufigkeiten in % (N)

	Sehr ver- schlechtert	Etwas ver- schlechtert	Nicht verändert	Etwas verbessert	Sehr verbessert	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Die Versorgungsqualität hat sich durch das isPO-Programm ...	7,4 (2)	11,1 (3)	22,2 (6)	48,1 (13)	11,1 (3)	(1)
Die kontinuierliche Patient:innenversorgung über Klinikgrenzen hinaus hat sich durch das isPO-Programm ...	0 (0)	3,8 (1)	34,6 (9)	34,6 (9)	26,9 (7)	(2)
Klare Zuständigkeiten in der Patient:innenversorgung haben sich durch das isPO-Programm ...	3,8 (1)	15,4 (4)	57,7 (15)	15,4 (4)	7,7 (2)	(2)
Die Früherkennung vulnerabler Fälle hat sich durch das isPO-Programm ...	3,7 (1)	0 (0)	59,3 (16)	25,9 (7)	11,1 (3)	(1)

Tabelle 314. Deskriptive Statistik zur Bewertung der Veränderungen im isPO-Programm (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Versorgungsqualität	4,0	3,44	1,09	1,0	5,0
Patient:innenversorgung über die Klinikgrenzen hinaus	4,0	3,85	0,88	2,0	5,0
Zuständigkeiten in der Patient:innenversorgung	3,0	3,08	0,89	1,0	5,0
Früherkennung vulnerabler Fälle	3,0	3,41	0,84	1,0	5,0

M-FS 14 – Zuversicht und Bereitschaft

26-27 der 28 Befragten füllten zu T2 die Items zur Zuversicht und Bereitschaft aus. In der Tendenz erweisen sich die PSF und PT zuversichtlich gegenüber der Fortführung des isPO-Programms und der Stärkung der Bedeutung der Psychoonkologie durch das isPO-Programm. Der deutschlandweiten Umsetzung des isPO-Programms sowie dem Ersetzen der hauseigenen Strukturen und Prozesse weisen die PSF und PT weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung durch das isPO-Programm zu (Tabelle 315).

Tabelle 315. Deskriptive Statistik zur Zuversicht und Bereitschaft in isPO (T2)

Variable	Md	M	SD	Min	Max
Fortführung des isPO-Programms*	4,0	3,38	1,02	1,0	5,0
Ersetzen hauseigener Strukturen und Prozesse	3,0	3,04	1,04	1,0	5,0
Deutschlandweite Umsetzung	3,0	3,04	0,92	1,0	5,0
Stärkung der Bedeutung der Psychoonkologie	4,0	3,63	0,74	2,0	4,0

* Antwortkategorien von 1 (stimme gar nicht zu) bis 5 (stimme sehr zu)

M-FS 15 & 16 – Bewertung des isPO-Onkolots:innen-Konzepts durch die isPO-Onkolots:innen und Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit

Da die isPO-Onkolots:innen (isPO-OL) als ehrenamtlich Tätige einen eigenen Mitarbeiter:innenfragebogen erhalten haben, werden die Ergebnisse zu den isPO-OL-spezifischen Items aus T2 im Folgenden dargestellt. Von den insgesamt 22 versendeten isPO-OL-Fragebögen wurden 17 ausgefüllt und zurückgesendet (Rücklaufquote 77,3 %). Da die Anzahl an Teilnehmenden pro VN teilweise $n < 6$ beträgt, wurden keine netzwerkspezifischen Analysen durchgeführt. Häufigkeiten zu Item-Antworten wurden bereits im zweiten formativen Evaluationsbericht [2] berichtet.

Stichprobenbeschreibung

Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden isPO-OL lag bei 56,35 Jahren (SD = 10,65; Range: 37-72 Jahre). Zwölf Personen haben ein weibliches Geschlecht, fünf ein männliches angegeben. Der am häufigsten angegebene Erwerbsstatus war voll erwerbstätig (Tabelle 316). Die meisten isPO-OL sind seit 1-2 Jahren in der Krebsselfhilfe aktiv, wobei drei der 17 Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht als isPO-OL eingesetzt wurden.

Tabelle 316. Häufigkeiten der Angaben zur Erwerbssituation der isPO-Onkolots:innen

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?	%	N
voll erwerbstätig	41,2	7
in Teilzeit erwerbstätig	5,9	1
geringfügig beschäftigt (z. B. 450 €-Job)	5,9	1
Hausfrau / -mann	0	0
arbeitslos	0	0
Rentner wegen Erwerbsminderung	17,6	3

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?	%	N
Teilerwerbsminderung	0	0
Altersrentner	29,4	5
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	0	0
Gesamt	100	17

Tätigkeitsspezifische Angaben

Die meisten aktiven isPO-OL sind bis zu zwei Stunden die Woche in diesem Ehrenamt tätig und haben bis zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 17,69 Patient:innengespräche geführt. Subjektiv wird der jeweilige Tätigkeitsumfang am häufigsten als „genau richtig“ bewertet.

Die meisten isPO-OL hätten sich weitere Schulungen gewünscht. Nur zwei Personen gaben an, dass die bisherige Schulung völlig ausreichend war.

Die eigens entwickelten Items zur Bewertung der Tätigkeit als isPO-OL werden auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu) bewertet. Die Mittelwerte des Gesamtwerts sowie der Subskalenwerten Patient:innenkontakt, Räumlichkeiten und Organisatorische Rahmenbedingungen liegen zwischen 2,8 und 3,1 Punkten und weisen damit eine mittlere bis positive Tendenz auf.

In Tabelle 317 sind die deskriptiven Werte für die Skala Zusammenarbeit sowie die Skalen des arbeitsbezogenen Kohärenzsinn (Work-SoC) dargestellt (wobei Arbeit in diesem Kontext die Tätigkeit als isPO-OL meint). Der Skalenwert für die Zusammenarbeit kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein höherer Wert für eine höhere Zusammenarbeit steht. Dieser Wert konnte für elf isPO-OL berechnet werden. Die Skalenwerte des Work-SoC können zwischen 1 (geringer Work-SoC) und 7 (hoher Work-SoC) liegen. Die Angaben hierzu liegen für 13 Teilnehmende vor.

Die Skala Zusammenarbeit weist im Mittel eine positive Tendenz auf (M = 2,91). Der arbeitsbezogene Kohärenzsinn liegt für den Gesamtwert sowie die drei Subskalen arbeitsbezogene Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit im Mittel zwischen 5,33 und 6,41 und damit in einem hohen Bereich.

Tabelle 317. Deskriptive Statistik zu den Skalen Zusammenarbeit und arbeitsbezogener Kohärenzsinn

Skala	M	SD	Min	Max
Zusammenarbeit	2,91	0,94	1,50	4,00
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Gesamtwert	5,68	0,96	4,00	7,00
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Verstehbarkeit	5,33	1,21	3,50	7,00
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Sinnhaftigkeit	6,41	0,92	3,67	7,00
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Handhabbarkeit	5,27	1,69	2,00	7,00

M-FS 15 – Bewertung des isPO-OL-Konzepts

Auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) konnte eine Gesamtbewertung des isPO-OL-Konzepts abgegeben werden, welche von allen 17 Teilnehmenden vorgenommen wurde. Sie war in der Tendenz positiv und lag im Mittel bei 4,18 (SD = 0,64; Range: 3-5). Tabelle 318 stellt die Ergebnisse der Spearman-Korrelationsanalyse des Items mit personenbezogenen Variablen dar. **Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das isPO-OL-Konzept besser bewertet wird, je jünger eine Person ist, je geringer ihr Erwerbsstatus ist und wenn sie (noch) nicht als isPO-OL aktiv war und umgekehrt.**

Tabelle 318. Ergebnisse der Spearman-Korrelationsanalyse des Items zur Bewertung des isPO-Onkolots:innen-Konzepts mit personenbezogenen Variablen

Variable	r_s	p
Alter	-.605	.010
Geschlecht	.135	.606
Erwerbssituation	-.608	.010
Aktivität in der Krebsselfhilfe	-.444	.074
Aktivitätsstatus als isPO-Onkolots:in	-.532	.028

Zur differenzierten Bewertung der einzelnen Aspekte des isPO-OL-Konzepts wurde eine eigene Skala mit sechs Items entwickelt. Um zu ermitteln, inwieweit die Items für die Bewertung des isPO-OL-Konzepts relevant sind, wurden die Item-Skala-Korrelationen berechnet, die in Tabelle 319 dargestellt sind. **Das Item zur Unterzeichnung der Selbstverpflichtung als Qualitätssicherungsmaßnahme hat dabei den höchsten Wert, während das Item „Durch das Konzept des isPO-Onkolotsen findet eine Aufwertung des Engagements von Selbstbetroffenen statt.“ sogar einen negativen Wert aufweist.** Dies ist insofern inhaltlich logisch, als das Item keinen konkreten Aspekt des Konzepts abfragt, sondern seine Konsequenzen. Methodisch ist anzumerken, dass aufgrund fehlender Werte nur elf Datensätze in die Analyse eingegangen sind.

Tabelle 319. Korrigierte Item-Skala-Korrelationen der Skala Bewertung des isPO-Onkolots:innen-Konzepts

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Korr. Item-Skala-Korrelation
Sie als Selbstbetroffene:r (isPO-Onkolots:in) kurz nach Diagnosestellung der isPO-Patient:innen in die Versorgung einzubeziehen, ist zeitlich angemessen.	.579
Der Rahmen der Einzelgespräche ist angemessen.	.665
Die im Konzept geregelte Anzahl von 1-2 Gesprächen pro Patient:in ist ausreichend.	.490
Die Info-Mappe für die Patient:innen ist sinnvoll zusammengestellt.	.670
Ihre Unterzeichnung der Selbstverpflichtung ist zur Qualitätssicherung der isPO-Onkolots:innengespräche ausreichend.	.780
Durch das Konzept des / der isPO-Onkolots:in findet eine Aufwertung des Engagements von Selbstbetroffenen statt.	-.058

M-FS 16 – Zufriedenheit mit der Tätigkeit

Die Zufriedenheit mit der ehrenamtlichen Tätigkeit als isPO-OL wurde nur für jene 13 Teilnehmenden analysiert, die angegeben haben, als isPO-OL aktiv gewesen zu sein. Das validierte Item zur Zufriedenheit mit dem Beruf (Skala von 1 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden)) wurde hierfür in seiner Formulierung an die Tätigkeit als isPO-OL angepasst. Der durchschnittliche Zufriedenheitswert lag bei 6,31 (SD = 2,81; Range: 1-10). Es wurde je eine Spearman-Korrelationsanalyse mit personen- und tätigkeitsbezogenen Faktoren durchgeführt. **Während keine signifikanten linearen Zusammenhänge mit personenbezogenen Variablen beobachtet werden konnten, zeigten sich positive signifikante Zusammenhänge mit dem Gesamtwert des Work-SoC und der Subskala Handhabbarkeit (Tabelle 320). Je höher der arbeitsbezogene Kohärenzsinn und die arbeitsbezogene Handhabbarkeit, desto höher die Zufriedenheit mit der Tätigkeit und umgekehrt.**

Tabelle 320. Ergebnisse der Spearman-Korrelationsanalyse des Items zur Zufriedenheit mit der Tätigkeit als isPO-Onkolots:in mit tätigkeitsbezogenen Variablen

Variable	r_s	p
Umfang der Tätigkeit	.197	.518
Subjektiv empfundener Umfang	.354	.235
Anzahl der Patient:innengespräche	.011	.971
Wunsch nach weiteren Schulungen	.175	.568
Schulung ausreichend	.277	.360
Zur Tätigkeit als isPO-Onkolots:in – Patient:innenkontakt	.185	.546
Zur Tätigkeit als isPO-Onkolots:in – Räumlichkeiten	.461	.113
Zur Tätigkeit als isPO-Onkolots:in – Organisatorische Rahmenbedingungen	.376	.205
Zusammenarbeit mit den psychoonkologisch Versorgenden	.466	.109
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Gesamtwert	.618	.024

Variable	r_s	p
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Verstehbarkeit	.431	.142
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Sinnhaftigkeit	.337	.260
Arbeitsbezogener Kohärenzsinn – Handhabbarkeit	.625	.022

Gleich der Bewertung des isPO-OL-Konzepts wurde auch für die selbstentwickelte Skala zur Bewertung der Tätigkeit die Item-Skala-Korrelation betrachtet (Tabelle 321). Dabei hatte das Item „Die Patient:innengespräche haben in einer angenehmen Umgebung stattgefunden.“ den höchsten Wert. Die zwei Items mit den geringsten Item-Skala-Korrelationen beziehen sich auf den direkten Kontakt mit Patient:innen. Demnach scheinen die Rahmenbedingungen relevanter für die Bewertung der Tätigkeit zu sein als das Erleben der Patient:innenkontakte.

Tabelle 321. Korrigierte Item-Skala-Korrelationen der Skala Bewertung der Tätigkeit als isPO-Onkolots:in

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Korr. Item-Skala-Korrelation
Ich fühlte mich für den Kontakt mit Krebspatient:innen ausreichend vorbereitet.	.550
Es fiel mir leicht, mit den Patient:innen in Kontakt zu treten.	.022
Ich empfand den regelmäßigen Kontakt mit Patient:innen als belastend.	.057
Die Gespräche mit den Patient:innen sind für mich wertvoll.	.254
Ich denke, die Patient:innen profitierten von dem Informationsgespräch mit mir.	.157
Ich rate den Patient:innen manchmal Dinge, die mir damals geholfen haben oder hilfreich waren.	.528
Ich hatte bei Fragen zu meiner Tätigkeit eine:n Ansprechpartner:in.	.111
Die Patient:innengespräche haben in einer angenehmen Umgebung stattgefunden.	.573
Es wurden Räumlichkeiten für die Patient:innengespräche zur Verfügung gestellt.	.077
Ich hätte mir zum Zeitpunkt meiner Krebserkrankung ein Gespräch mit einem:r isPO-Onkolots:in gewünscht.	.343
Die Vereinbarung der Gesprächstermine verlief problemlos.	.326
Durch die verkehrstechnischen Gegebenheiten (Anbindung, Parkplätze) ist eine problemlose Anfahrt zu den Gesprächsterminen möglich.	.450

2.3.5 Schriftliche Kurzbefragung des onkologischen Klinikpersonals

Onkologisches Stationspersonal (Ärzt:innen und Pflegekräfte) der vier Versorgungsnetzwerke (VN) wurde zu einem Befragungszeitpunkt mittels eines Kurzfragebogens befragt. Die deskriptiven Ergebnisse wurden bereits im zweiten formativen Bericht [2] dargestellt. Hier werden die zentralsten Ergebnisse vollständigshalber nochmals berichtet. Zudem werden die Kennwerte bezüglich der Konzeptbewertung und Informationsbedürfnisse mit den Ergebnissen der regulären Mitarbeiter:innenbefragung (inkl. isPO-Onkolots:innen) verglichen.

Rücklauf

Insgesamt wurden 220 Fragebögen an das onkologische Klinikpersonal der vier Versorgungsnetzwerke versandt. 43 ausgefüllte Fragebögen wurden an das IMVR zurückgeschickt. Insgesamt beläuft sich die Rücklaufquote damit auf 19,5 %. Die dezidierten Rücklaufquoten der jeweiligen Versorgungsnetzwerke sind Tabelle 322 zu entnehmen.

Tabelle 322. Rücklaufquoten der Befragung des medizinischen Personals

Versorgungsnetzwerk	Anzahl versendeter Fragebögen	Anzahl ausgefüllter Fragebögen	Rücklaufquote (%)
1	160	20	12,5
2	20	9	45,0
3	20	7	35,0
4	20	7	35,0
Gesamt	220	43	19,5

Kennwerte

Von den 43 Befragten sind 66,7 % als Ärzt:in auf einer onkologischen Station tätig (Tabelle 323). Nur eine Person (2,4 %) hat zum Befragungszeitpunkt noch nicht von isPO gehört (Tabelle 324). In den Tabelle 325 und Tabelle 326 sind die Kennwerte zu den Informationsbedürfnissen und der Programmbewertung dargestellt.

Tabelle 323. Berufsgruppe der Teilnehmenden – Häufigkeiten in % (N)

Innerhalb welcher Berufsgruppe versorgen Sie Krebspatient:innen?	%	N
Arzt / Ärztin	66,7	28
Pflegekraft	33,3	14
Keine Angabe		1

Tabelle 324. Wissen um das isPO-Programm – Häufigkeiten in % (N)

	Ja	Nein	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	(N)
Haben Sie vor diesem Fragebogen schon vom isPO-Programm gehört?	97,6 (41)	2,4 (1)	(1)

Tabelle 325. Wissen um das isPO-Programm – Häufigkeiten in % (N)

Charakteristika	
Geschlecht: weiblich	19 (61,3 %)
Geschlecht: männlich	12 (38,7 %)
Alter	56,4 (SD 10,7)

Informationsbedürfnisse

Tabelle 326. Informationsbedürfnisse des onkologischen Personals – Häufigkeiten in % (N)

Ich hätte mir mehr Informationen zu ...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
... den Zielen des isPO-Programms gewünscht.	17,1 (7)	46,3 (19)	29,3 (12)	7,3 (3)	(2)
... den Abläufen der Versorgung im isPO-Programm gewünscht.	7,1 (3)	40,5 (17)	42,9 (18)	9,5 (4)	(1)
... meinen Arbeitsaufgaben / meiner Rolle im Programm gewünscht.	16,7 (7)	45,2 (19)	26,2 (11)	11,9 (5)	(1)

Tabelle 327. Deskriptive Statistik zu den Informationsbedürfnissen des onkologischen Personals

Informationsbedürfnisse zu ...	N	M	SD	Min	Max
Programmzielen	41	2,27	0,84	1,0	4,0
Versorgungsabläufen	42	2,55	0,77	1,0	4,0
Arbeitsaufgaben	42	2,33	0,9	1,0	4,0

Überwiegend berichtet das onkologische Stationspersonal hinsichtlich der Programmziele und Arbeitsaufgaben, eher keine Informationsbedürfnisse zu haben (Tabelle 325). Dennoch gibt über ein Drittel der Befragten Informationsbedürfnisse an (Tabelle 325). Dies spiegelt sich in den Mittelwerten wider, die in der Tendenz zur Mitte neigen (Tabelle 326). Hinsichtlich der isPO-Versorgungsabläufe zeigen sich die Befragten gespalten, denn 52,4 % geben an, Informationsbedürfnisse zu haben.

Einschränkungen durch isPO

Das onkologische Stationspersonal bewertet das Item zu Einschränkungen alltäglicher Arbeitsaufgaben durch die Arbeit im isPO-Programm im Durchschnitt mit $M = 2,05$ ($SD = 0,99$, $Min = 1,0$, $Max = 4,0$ bei $N = 42$) und fühlt sich demnach mehrheitlich eher nicht durch isPO in den alltäglichen Arbeitsaufgaben eingeschränkt (Tabelle 327).

Tabelle 328. Einschränkungen durch isPO – onkologisches Klinikpersonal – Häufigkeiten in % (N)

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Die Arbeit, die mir im Rahmen des Programms zufällt, schränkt mich in meinen alltäglichen Arbeitsaufgaben ein.	35,7 (15)	33,3 (14)	21,4 (9)	9,5 (4)	(1)

Patient:innennutzen

Das onkologische Stationspersonal bewertet den Patient:innennutzen des isPO-Programms im Durchschnitt positiv ($M = 3,62$, $SD = 0,7$, $Min = 1,0$, $Max = 4,0$ bei $N = 42$) (Tabelle 328).

Tabelle 329. Bewertung des Patient:innennutzens durch das onkologische Klinikpersonal – Häufigkeiten in % (N)

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Das isPO-Programm kommt den Patient:innen zugute.	2,4 (1)	4,7 (2)	21,4 (9)	71,4 (30)	(1)

Umsetzbarkeit des isPO-Programms

Das onkologische Stationspersonal bewertet die Umsetzbarkeit des isPO-Programms mehrheitlich positiv (Tabelle 329) und im Durchschnitt mit $M = 2,83$ ($SD = 0,82$, $Min = 1,0$, $Max = 4,0$ bei $N = 42$).

Tabelle 330. Bewertung der Programmumsetzbarkeit durch das onkologische Klinikpersonal – Häufigkeiten in % (N)

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Das isPO-Programm lässt sich gut umsetzen.	7,1 (3)	21,4 (9)	52,4 (22)	19,0 (8)	(1)

isPO-Programmkonzept

Das onkologische Stationspersonal bewertet das isPO-Programmkonzept im Durchschnitt mit $M = 3,89$ ($SD = 0,86$, $Min = 2,0$, $Max = 5,0$ bei $N = 38$). Mehrheitlich (79 %, $n = 30$) bewerten es es als (sehr) gut (Tabelle 330).

Tabelle 331. Bewertung des isPO-Programmkonzepts – Häufigkeiten in % (N)

	Sehr schlecht	Schlecht	Weder gut noch schlecht	Gut	Sehr gut	Keine Angabe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	(N)
Alles in allem betrachtet, was ist Ihre persönliche Meinung zum Konzept des Projekts?	0 (0)	10,5 (4)	10,5 (4)	57,9 (22)	21,1 (8)	(5)

Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum isPO-Programm

Tabelle 332. Freifeldantworten zu Anmerkungen oder Verbesserungsvorschlägen zum isPO-Programm

Berufsgruppe	Falls Sie noch Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum isPO-Programm oder der psychoonkologischen Versorgung haben, notieren Sie diese bitte hier:
Arzt:Ärztin	<i>Bessere Möglichkeit der Anbindung von bereits entlassenen Patientinnen und Patienten, meistens können unsere Patienten bei sehr kurzen Liegezeiten nicht direkt nach Erstdiagnose vorgestellt werden.</i>
Pflegekraft	<i>Ich hätte gerne früher davon erfahren und es ist sehr schade, dass keine Privatpat. daran teilnehmen dürfen</i>
Pflegekraft	<i>Ich hätte gerne vor oder mit dem Start des Programms Informationen dazu gehabt und nicht erst nach mehreren Monaten.</i>

Berufsgruppe	Falls Sie noch Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge zum isPO-Programm oder der psychoonkologischen Versorgung haben, notieren Sie diese bitte hier:
Pflegekraft	<i>Wird leider immer noch nicht von den versorgenden Berufsgruppen ernst genommen. Und auch nicht von den Patientinnen und Patienten.</i>
Arzt:Ärztin	<i>Wir hatten multiple Vorträge. Diese waren super. Eine E-Mail mit Infos und Kontaktdaten an alle zum erneuten Nachlesen wäre super.</i>
Pflegekraft	<i>Donnerstags finden Fortbildungen zu unterschiedlichen Themen statt. Außerhalb der Corona-Zeit wäre eine "Info-Veranstaltung" oder Vorstellung bei den Pflegekräften toll, um das Konzept kennenzulernen.</i>
Arzt:Ärztin	<i>Die Case Manager müssen sich um die Patienten kümmern. Diese Aufgabe kann nicht an andere Abteilungen delegiert werden. Die Fachabteilungen können den isPO-Patienten melden und kurz informieren. Ausführliche Gespräche müssen sie führen!</i>

Vergleich der Kennwerte zwischen onkologischem Stationspersonal, isPO-Versorgenden und isPO-Onkolots:innen

Die Kennwerte zur Bewertung des Programmkonzepts sowie zu den Informationsbedürfnissen (Rolle, Versorgungsabläufe, Projektziele) wurden sowohl in der regulären Mitarbeiter:innenbefragung, der Befragung der isPO-Onkolots:innen und der Kurzbefragung des onkologischen Stationspersonals erhoben. Im Folgenden werden diese Kennwerte sowohl deskriptiv im Vergleich dargestellt, als auch auf signifikante Unterschiede in der Bewertung hin geprüft.

Kennwertvergleich Programmkonzept

Tabelle 333 stellt die deskriptiven Ergebnisse zum Kennwert Programmkonzept im Vergleich zu den verschiedenen befragten Versorgungengruppen dar.

Tabelle 333. Deskriptive Statistik zur Bewertung des isPO-Programmkonzepts – Vergleich zwischen den Versorgungengruppen

Variable	N	M	SD	Min	Max
isPO-Onkolots:innen	16	4,38	0,50	4,0	5,0
Professionelle isPO-Versorgende	26	3,46	0,99	1,0	5,0
Onkologisches Stationspersonal	38	3,89	0,86	2,0	5,0

Die Bewertung des isPO-Programmkonzepts unterscheidet sich signifikant zwischen den Befragungsgruppen, $F(2, 77) = 5,80$, $p = .004$ bei vorliegender kleiner Effektstärke ($\eta^2 = .13$). Der Tukey-Post-hoc-Test zeigt hierbei einen signifikanten Unterschied zwischen der Konzeptbewertung der isPO-Onkolots:innen und der professionellen isPO-Versorgenden (I-

$J = 0,91$, BCa 95 %-CI [0,48, 1,38]). **Demnach bewerten die isPO-Onkolots:innen das Programmkonzept signifikant besser als die professionellen isPO-Versorgenden.**

Kennwertvergleich Informationsbedürfnisse

Die Tabelle 333 bis Tabelle 335 stellen die deskriptiven Ergebnisse zu den Kennwerten der Bewertung der Informationsbedürfnisse im Vergleich zu den verschiedenen befragten Versorgungengruppen dar.

Tabelle 334. Deskriptive Statistik zur Bewertung des Informationsbedürfnisses zu Projektzielen von isPO im Vergleich zwischen den Versorgungengruppen

Variable	N	M*	SD	Min	Max
isPO-Onkolots:innen	13	2,08	0,76	1,0	3,0
Professionelle isPO-Versorgende	28	1,61	0,79	1,0	4,0
Onkologisches Stationspersonal	41	2,27	0,84	1,0	4,0

* Mittelwert zu Informationsbedürfnissen zu Projektzielen von isPO

Die Bewertung des Informationsbedürfnisses bezüglich der Projektziele unterscheidet sich signifikant zwischen den Befragungsgruppen, $F(2, 79) = 5,61$, $p = .005$ bei vorliegender kleiner Effektstärke ($\eta^2 = .12$). Der Tukey-Post-hoc-Test zeigt hierbei einen signifikanten Unterschied zwischen dem onkologischen Stationspersonal und den professionellen isPO-Versorgenden ($I-J = 0,66$, $p = .004$, BCa 95 %-CI [0,27, 1,05]). **Demnach berichtet das onkologische Stationspersonal hinsichtlich der Projektziele signifikant mehr Informationsbedürfnisse als die professionellen isPO-Versorgenden**, wobei beide im Durchschnitt eher davon berichten, keine Informationsbedürfnisse zu haben.

Tabelle 335. Deskriptive Statistik zur Bewertung des Informationsbedürfnisses zu Versorgungsabläufen im isPO-Programm im Vergleich zwischen den Versorgungengruppen

Variable	N	M*	SD	Min	Max
isPO-Onkolots:innen	13	2,62	0,77	1,0	4,0
Professionelle isPO-Versorgende	28	2,21	0,88	1,0	4,0
Onkologisches Stationspersonal	42	2,55	0,77	1,0	4,0

* Mittelwert zu Informationsbedürfnissen zu Versorgungsabläufen im isPO-Programm

Die Bewertung des Informationsbedürfnisses bezüglich der Versorgungsabläufe im isPO-Programm unterscheidet sich zwischen den befragten Versorgungengruppen nicht signifikant ($F(2, 80) = 1,77$, $p = .180$). Deskriptiv zeigt sich jedoch, dass die isPO-Onkolots:innen und das onkologische Stationspersonal im Vergleich zu den isPO-Versorgenden leicht höhere Mittelwerte aufweisen. Diese liegen zwischen den Polen Zustimmung und Nicht-Zustimmung und könnten auf ein breit gefächertes Meinungsbild hinweisen.

Tabelle 336. Deskriptive Statistik zur Bewertung des Informationsbedürfnisses zu Arbeitsaufgaben im isPO-Programm im Vergleich zwischen den Versorgungengruppen

Variable	N	M*	SD	Min	Max
isPO-Onkolots:innen	13	1,92	0,86	1,0	3,0
Professionelle isPO-Versorgende	28	2,07	0,86	1,0	4,0
Onkologisches Stationspersonal	42	2,33	0,9	1,0	4,0

* Mittelwert zu Informationsbedürfnissen zu Arbeitsaufgaben im isPO-Programm

Die Bewertung des Informationsbedürfnisses bezüglich der eigenen Rolle im isPO-Programm und damit einhergehenden Arbeitsaufgaben unterscheidet sich zwischen den befragten Versorgungengruppen nicht signifikant ($F(2, 80) = 1,40, p = .250$). Im Durchschnitt geben alle Gruppen an, keine Informationsbedürfnisse diesbezüglich zu haben. Deskriptiv zeigt sich, dass hierbei die isPO-Onkolots:innen am wenigsten Informationsbedarf haben.

2.3.6 Einzelinterviews und Fokusgruppen mit isPO-Versorgenden

Im Folgenden werden die Erfahrungen der isPO-Versorgenden mit dem isPO-Versorgungsprogramm zusammengefasst präsentiert. Hierbei werden vor allem diejenigen Aspekte präsentiert, die sich auf Aussagen zur Versorgungsqualität beziehen. Entsprechend der qualitativen Erhebungen (Kapitel 1.2.2.3.3.1 im Evaluationsbericht) werden folgende vier Perspektiven präsentiert: leitende Psychoonkolog:innen der Versorgungsnetzwerke (VN), isPO-Versorgenden-Teams netzwerkübergreifend (aus den 4 VN), Leitungen (klinisch und koordinativ) der isPO-Versorgenden-Teams und isPO-Onkolots:innen (isPO-OL).

Leitende Psychoonkolog:innen

Für die summative Evaluation wurden die vier Einzelinterviews (EI) mit den leitenden isPO-Psychoonkolog:innen auf Aussagen hin untersucht, welche die Versorgungsqualität (Förder- und Hemmfaktoren) der isPO-Versorgung beschreiben sowie Implikationen für die Übertragung in die Regelversorgung geben. Der finale Kodierbaum befindet sich unter Anhang XVI des Evaluationsberichts.

Zunächst werden Stärken und Schwächen des isPO-Versorgungsprogramms dargestellt, die Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen. Zuletzt wird zusammengefasst, welche Schlussfolgerungen die Psychoonkolog:innen für eine potentielle Übertragung in die Regelversorgung ziehen. Tabelle 337 liefert eine stichpunktartige Übersicht über die zentralsten Aspekte.

Tabelle 337. Förder- und Hemmfaktoren der isPO-Versorgung und Implikationen für die Regelversorgung aus der Perspektive der leitenden Psychoonkolog:innen

Versorgungsqualität isPO-Versorgung		
Förderfaktoren	Hemmfaktoren	Implikationen für die Regelversorgung
Sektorenübergreifende Versorgungskontinuität (fortführende poststationäre Versorgung, feste Ansprechpartner:in, einjährige Versorgung)	Komplexität des Versorgungskonzepts (stellenweise niedrige Praxisnähe)	Analyse von bestehenden Ressourcen und Strukturen prä-Implementierung
Bedarfsorientierte Gesprächsplanung (Häufigkeit, Intensität, stationär, ambulant, telefonisch, persönlich)	Überkonzeptualisierung und Formalismen (Bürokratie, theorie- / forschungsorientiert, Mehraufwand, kein Stufenwechsel möglich, CAPSYS ²⁰²⁰ & Doppeldokumentation, verlangsamte Prozesse)	Reduktion von Formalismen in den Versorgungsabläufen
Interdisziplinäre Patient:innenversorgung	Personelle Ressourcenknappheit	Stärkung der Relevanz der Psychoonkologie & Einbezug der Krankenkassen
Strukturierte Versorgung (Stufenzuteilung, Diagnostik)	Reifegrad Versorgungskonzept (fehlender Einbezug des klinischen Eindrucks für die Stufeneinteilung, verhaltenstherapeutischer Fokus, fehlende Definition der Qualifikationen für das Personal für die Versorgungstufe 2, Versorgungsende nach einem Jahr)	Etablierung bzw. Beibehaltung interdisziplinärer multiprofessioneller Teams
Niederschwelliger Versorgungszugang und Unterstützungsmöglichkeiten (erhöhtes Patient:innen-aufkommen, isPO-Onkolots:innen-Gespräche)	Niedrige Akzeptanz und geringes Bewusstsein zur PO* durch das onkologische Stationspersonal	Flexiblere Handhabung des Versorgungsbeginns und -endes
Etablierung netzwerkübergreifender Kommunikationsstrukturen (Qualitätsworkshops, Netzwerksupport)	Geringer Einbezug ambulanter onkologischer Praxen	Hinzunahme des klinischen Eindrucks zur Zuweisung in die Versorgungsstufen

Versorgungsqualität isPO-Versorgung		
Förderfaktoren	Hemmfaktoren	Implikationen für die Regelversorgung
		Erweiterung um die Versorgung von Angehörigen
* PO = Psychoonkologie		

Förderfaktoren

Die leitenden Psychoonkolog:innen nennen einige Aspekte, welche die Versorgungsqualität ihrer Meinung nach positiv beeinflussen. Besonders hervorstechend sei die verbesserte sektorenübergreifende Versorgungskontinuität. Das isPO-Programm ermögliche eine fortführende poststationäre Versorgung der Patient:innen. Hierbei erhielten diese eine:n feste:n Ansprechpartner:in und könnten flexibel ein Jahr lang unterstützt werden, unabhängig davon, in welchem Versorgungssetting sie sich befinden.

„Den Benefit, den es hat, ist eben die ambulante Weiterversorgung von Patienten und ganz klar die Zielverfolgung, dass sich einfach im ambulanten Bereich was verbessert, [...] und das ist für mich oder war jetzt für uns auch hier die Hauptmotivation zu sagen: Ja, das ist einfach wichtig, dass sich da endlich mal was tut und das deshalb auch zu unterstützen [...]“

Als große Stärke des isPO-Versorgungskonzepts wird eine hiermit zusammenhängende bedarfsorientierte Versorgung gesehen. Sie sei dadurch gegeben, dass Patient:innen im einjährigen Versorgungszeitraum nach ihrem individuellen Bedarf die Beratungsgespräche erhalten können. Konkret bedeutet das, dass diese nicht nur im Hinblick auf eine akute oder langfristige Unterstützung stationär oder ambulant unterstützt werden können, sondern dass auch die Häufigkeit und Intensität der Gesprächskontakte bedarfsgerecht erfolgt. Auch konnten individuelle Bedarfe hinsichtlich der Gesprächsdurchführung per Telefon, Videochat oder in Person aufgefangen werden. Dies sei vor allem während der COVID-19-Pandemie von Bedeutung gewesen. Die Bedarfsplanung wurde besonders für die Stufen 3a und 3b als „perfekt“ wahrgenommen, da sie flexibel gestaltbar sei.

„Von daher ist die Bedarfsplanung im Bereich von 3a und b perfekt, also da ist ja jederzeit die Möglichkeit, das anzupassen, seltener sich zu sehen, öfter zu sehen oder zu telefonieren.“

Die Versorgung auf den Stufen 2 und 3 könne nach den jeweiligen Qualifikationen der Mitarbeiter:innen (psychosoziale Versorgung als Psychosoziale Fachkraft (PSF) und psychoonkologische Versorgung als Psychotherapeut:in (PT)) erfolgen. Somit bliebe eine interdisziplinäre Patient:innenversorgung etabliert und gesichert. Diese wurde als sehr wichtig bewertet.

Die systematische Diagnostik ermögliche eine stringente Versorgung der Patient:innen und eine „Vorfilterung“ der individuellen Bedarfe. Darauf aufbauend sei eine bedarfsorientierte Versorgung durch die Stufenzuweisung möglich, welche im Vergleich zu vorher eine strukturierte Versorgung ermögliche.

„Vorher war das alles sehr wischi-waschi, Hauptsache man spricht einmal mit dem und dann war es fürs Zentrum irgendwie in Ordnung.“

Auch die Zugänglichkeit zur psychoonkologischen Versorgung habe sich positiv verändert. Es würden mit isPO mehr Patient:innen stationär und poststationär bedarfsgerecht versorgt. Zusätzlich bestünde nun durch die isPO-OL-Gespräche eine niederschwellige

Unterstützungsmöglichkeit. In der Mehrheit der Versorgungsnetzwerke wurde das isPO-OL-Konzept positiv bewertet, wenngleich weiteres Entwicklungspotential für die Verstärkung gesehen wird.

Die Qualitätsworkshops, als Teil des partizipativen Qualitätsmanagements in isPO, ermöglichten in den Augen der leitenden Psychoonkolog:innen eine wichtige wiederkehrende Rahmung für die Kommunikation und Interaktion mit den Entwickelnden sowie im netzwerkübergreifenden Austausch. So ermöglichten die dort initiierten Optimierungsprozesse eine realitätsnähere Versorgung in der Praxis und eine Distanzierung von einer studien- und konzeptbedingten Rigidität. Die Schaffung der Möglichkeit, durch das gemeinsame Diskutieren relevanter Themen Veränderungen herbeizuführen, wurde positiv und als zielführend bewertet.

„Es war einfach viel zu rigide und streng. Das ist ja nach und nach auch noch mal angepasst worden und das finde ich natürlich super [...] Ja, also es reift zusehends, ne (lacht)? Die Bäckchen werden immer roter.“

Zudem habe der zu Implementierungsbeginn etablierte Netzwerksupport in ähnlicher Weise zu Klärungen und dadurch zur Verbesserung der Versorgung innerhalb von isPO geführt.

Hemmfaktoren

Ein grundlegend als herausfordernd wahrgenommener Aspekt des isPO-Programms ist dessen hohe Komplexität. Das Versorgungskonzept ist in den Augen der leitenden Psychoonkolog:innen ein theoretisch ausgerichtetes Programm, dessen praktische Umsetzbarkeit immer wieder in der Versorgungsrealität erarbeitet werden müsse. Dies zeige sich besonders in der „Überformalisierung“.

„Da ist ganz viel gewollt, ganz viel reingepackt, extrem komplex, wirklich alles hat man mit reinnehmen wollen, was man auch verstehen kann – natürlich. Man will jetzt irgendwie alles irgendwie abwickeln mit dieser Studie. Aber es ist zu viel. Es ist einfach zu viel.“

Die Programmkomplexität habe sich negativ auf die Umsetzung im Versorgungsalltag ausgewirkt. Ein Teil der befragten Psychoonkolog:innen äußert, dass die in isPO bestehende „Überkonzeptionalisierung“ zu Inflexibilität führe, wie beispielsweise in der formalen Entscheidungsfindung der Stufe 3a und 3b, was die Versorgung verlangsamt.

„Der Casus knacksus ist wirklich die Überkonzeptionalisierung. Und dieses kleinschrittige Verhackstücken und der ganze bürokratische Aufwand. Ja?“

Weiterhin wurde der hohe Formalismus im Einschreibungsprozess kritisiert. Dieser verhindere einen schnellen Zugang zum isPO-Programm, besonders in einer akuten Versorgungssituation, in der der Zeitpunkt für das Durchlesen und Unterschreiben der vielen und komplexen Unterlagen ungünstig sei.

„Wenn ein Patient auf der Station zusammenbricht, weil er gerade seine Diagnose bekommen hat, dann gehe ich dahin, und dann gebe ich ihm nicht die Unterlagen und dann lasse ich ihn nicht irgendwie erst mal Formulare unterschreiben, bevor ich sage, „So, bevor Sie das nicht alles gemacht haben, gibt es hier keinen Kontakt“. [...]“

Im Klinikalltag ist man viel mehr darauf angewiesen, spontan akut zu intervenieren. Diese ganze Planung und ganzen Bögen, aufgrund dessen man dann den Patienten erst einstuft und erst dann kann eigentlich der Therapeut ran, also das passt einfach nicht. [...] Aber da sind wir auch wieder bei diesem rigiden Eintragen, ja? Also wenn nur der HADS-Bogen zählt und der HADS-Bogen halt nicht ausgefüllt ist, aber der klinische Eindruck eigentlich war, derjenige ist völlig fertig mit der Welt, ja, dann muss das auch gelten können für Stufe 3.“

Eine „Überkonzeptionalisierung“ wird auch beim Assistenz- und Dokumentationssystem CAPSYS²⁰²⁰ wahrgenommen. Es weise eine hohe Komplexität auf und sei sehr umfangreich. Dadurch entstünden Redundanzen und ein erheblicher Mehraufwand in der Dokumentation, auch weil es derzeit nicht mit anderen Krankenhausdokumentationssystemen verknüpft sei.

„Aber da ist so der Wunsch gewesen, so alles mit reinzunehmen und dadurch wird es völlig unübersichtlich und es ist zu viel. Dieses CAPSYS mit diesen ganzen Reitern und unterschiedlichsten Rubriken und Unterpunkten und Menüs, das ist zu viel.“

Die Versorgenden befürchten, basierend auf der Konzeptualisierung der Dokumentation, einen fehlenden Differenzierungsgrad zwischen den Gesprächen mit einer:m Patient:in und zwischen unterschiedlichen Patient:innen. Zuletzt schränke das Programm derzeit noch den interdisziplinären Kommunikationsfluss ein, da nur psychoonkologisch tätiges Personal Zugriff auf die Dokumentation habe, sodass automatisch eine Doppeldokumentation notwendig sei. Insgesamt wird von den leitenden Psychoonkolog:innen durch die neue isPO-Struktur ein erheblicher Mehraufwand empfunden. Dieser sei zum einen in der Komplexität begründet, aber auch durch die fehlenden personellen Ressourcen. Die isPO-Aufgaben kämen zu den bereits bestehenden Aufgabengebieten hinzu.

„Aber wenn das on top kommt und zu dem normalen ja ohnehin schon vollen Arbeitsalltag alles noch draufkommt, ist das für alle Berufsgruppen extrem schwer umzusetzen. Das ist einfach zu viel.“

Zusätzlich führten sowohl Personalausfälle zu einer geringeren Einschreibquote als auch die „Schwerfälligkeit des Systems“, die unabhängig von isPO bestehe und mit dem ärztlichen Bewusstsein und Wissen um die Psychoonkologie zusammenhänge.

„Und es gibt immer noch welche, die haben nach anderthalb Jahren, auch hier in den Kliniken [...], noch nichts von Psychoonkologie gehört.“

Am Versorgungskonzept wurden von allen interviewten leitenden Psychoonkolog:innen verbesserungswürdige Aspekte genannt. Zunächst wurde die alleinige Nutzung der HADS zur Stufeneinteilung kritisch hinterfragt. Die leitenden Psychoonkolog:innen weisen darauf hin, dass eine punktuelle Abfrage mit Hilfe eines Fragebogens keine umfangreiche sowie reliable Aussage über den Versorgungsbedarf leisten könne. Sie forderten den Einbezug des klinischen Eindrucks bei der Zuteilung in die Versorgungsstufen. Neben den diagnostischen Instrumenten zur Stufeneinteilung wurde die studienbedingte fehlende Flexibilität des Wechselns von Stufen kritisiert. Befürchtet wurde eine Unter- oder Überversorgung. Zudem wurde die Konzeptionierung von Stufe 3 von allen interviewten leitenden Psychoonkolog:innen als sehr verhaltenstherapeutisch wahrgenommen, was sich auch in CAPSYS²⁰²⁰ abbilde. Andere therapeutische Schulen und Ansätze, die sich in der psychoonkologischen Betreuung bisher ebenso bewährt haben (z. B. Tiefenpsychologie), würden kaum berücksichtigt. Dies spiegele sich im Behandlungsmanual wider, welches u. a. als „schematisiert“ und „standardisiert“ beschrieben wird. Dies führe zu einer Entfernung aus dem Praxisalltag und treffe damit nicht die Bedarfe der Versorgenden.

„Also da sind sicher auch gute Ansätze, aber da ist auch einiges kritisch zu sehen, weil es so ein bisschen an der Versorgungswirklichkeit vorbeigeht.“

In den VN, wo die Rolle der PSF auch durch PT ausgefüllt werde, gäbe es zudem Schwierigkeiten, die Stufen 2 und 3 zu trennen. Inhaltlich gäbe es dann Überschneidungen in den Gesprächsterminen, sodass sich die Dokumentation entsprechend schwer gestalten würde. Auch habe die Qualifikation der Versorgenden einen Einfluss auf die Gesprächsführung auf Stufe 2. Eine genaue Definition der mitzubringenden Qualifikationen für die Versorgung auf Stufe 2 sei demnach wichtig.

Bezüglich der sektorenübergreifenden Versorgung äußern die leitenden Psychoonkolog:innen, dass die Einbindung ambulanter ärztlicher Praxen, entgegen ihrer Erwartungen, nur geringfügig umgesetzt worden sei und kaum Kommunikation stattfinde.

Letztlich besteht der Wunsch, nach einem Jahr isPO-Versorgung keinen abrupten Versorgungsabbruch durchführen zu müssen, sondern dass Patient:innen bedarfsorientiert versorgt würden, d. h. bei Bedarf auch über das eine Jahr hinaus.

Implikationen für die Regelversorgung

Hinsichtlich der Übertragbarkeit des isPO-Programms in die Regelversorgung wurden einige Voraussetzungen und Optimierungsbedarfe von den leitenden Psychoonkolog:innen beschrieben.

Einig sind sie sich darin, dass es für zukünftige Implementierungsvorhaben in der Regelversorgung notwendig sei, die jeweiligen VN bereits vor Implementierung hinsichtlich bereits bestehender Strukturen und personeller Ressourcen zu explorieren sowie sie aktiv in die Entwicklung und Planung der Intervention einzubeziehen, sofern Ressourcen hierfür zur Verfügung gestellt werden. So könne schneller ein setting-spezifischer Reifegrad entstehen.

„[...] zu gucken, wie ist denn eigentlich ohnehin immer schon Versorgungswirklichkeit oder auch, was können so einzelne Standorte leisten.“

Zudem sei es wichtig, den studienbedingten „Formalismus“ und die „Rigidität“ in den Versorgungsabläufen zu reduzieren.

„Also durchaus finde ich super, dass es so ein Projekt gibt, aber das kann auch im Ansatz überformalisiert sein, aber dann muss man wirklich anfangen, rigoros auch wegzustreichen.“

Zentral wurde auch das „Überzeugen“ der Krankenkassen betont, um das isPO-Programm in die Regelversorgung übernehmen zu können, denn die Relevanz der Psychoonkologie für die Versorgung von Krebspatient:innen sei sehr hoch. Daher sei eine Stärkung der Psychoonkologie durch die flächendeckende Etablierung von Programmen wie isPO wichtig.

„Weil ich glaube, dass [...], wenn wir niederschwellig arbeiten, dass wir in einem ganz hohen Maße sehr präventiv arbeiten und [...] schwere Folgeerkrankungen wie [...] eine schwere Depression oder einfach auch unsere Aufgabe ist ja auch oft, die Compliance, die Behandlungscompliance zu verbessern, ja, oder überhaupt aufrechtzuerhalten, indem wir dann für Krisengespräche etc. zur Verfügung stehen, und dass das überhaupt wahrgenommen wird und auch mal eine Wertschätzung erfährt.“

Eine:r der interviewten Psychoonkolog:innen unterstrich die Wichtigkeit eines interdisziplinären sowie multiprofessionellen Teams in der psychoonkologischen Versorgung, wohingegen eine andere interviewte Person die Anzahl unterschiedlicher Versorgender als optimierungsbedürftig bewertete.

Befürwortet wird für eine potentielle Implementierung in die Regelversorgung die flexiblere Handhabung des Versorgungsbeginns und -endes. Hierbei solle man sich am Patient:innenbedarf orientieren. Als Optimierungsvorschläge wurden auch die Hinzunahme des klinischen Eindrucks der Psychoonkolog:innen (neben dem HADS) zur Zuweisung in die Versorgungsstufen sowie die Ausweitung auf die Versorgung von Angehörigen benannt.

isPO-Versorgende netzwerkübergreifend

Für die summative Evaluation wurde die Fokusgruppe mit den in den vier VN tätigen isPO-Versorgenden auf Aussagen hin untersucht, die die Versorgungsqualität (Förder- und Hemmfaktoren) der isPO-Versorgung beschreiben und Implikationen für die Übertragung in die Regelversorgung geben. Der finale Kodierbaum ist Anhang XVIII des Evaluationsberichts zu entnehmen.

Hierbei werden zunächst Stärken und Schwächen des isPO-Versorgungsprogramms dargestellt, die Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen. Zuletzt wird zusammengefasst, welche Schlussfolgerungen die Versorgenden für eine potentielle Übertragung in die

Regelversorgung ziehen. Tabelle 338 liefert eine stichpunktartige Übersicht über die wichtigsten Aspekte.

Tabelle 338. Förder- und Hemmfaktoren der isPO-Versorgung und Implikationen für die Regelversorgung aus der Perspektive der isPO-Versorgenden

Versorgungsqualität isPO-Versorgung		
Förderfaktoren	Hemmfaktoren	Implikationen für die Regelversorgung
Nachhaltiger Nutzen der Studie für die Psychoonkologie	Personalmangel	Aufbau umfangreicher psychoonkologischer Strukturen (strukturell, Personalaufbau, finanziell)
Hohe Motivation der Versorgenden	Rahmenbedingungen der Studie (Verträge, Dokumente, Fragebögen)	Klare Übergangsregelungen schaffen
Zunehmende Verbesserung der Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal	Reifegrad Versorgungskonzept (Stufenzuweisung, Rollentrennschärfe, Dokumentationskonzeption, Organisation isPO-Onkolots:innen-Gespräche)	Bewusstsein für die Relevanz von Psychoonkologie erweitern und stärken
Sektorenübergreifende Ansprechpartner:innen	Verschlechterung der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal	Reduktion des Dokumentationsaufwandes
Psychosoziale Versorgung		Definitionen der geforderten Qualifikationen der jeweiligen isPO-Rollen
isPO-Onkolots:innen-Gespräche als Türöffner zur Selbsthilfe		Fokus auf flexible, bedarfsorientierte Versorgung (Versorgungszeitraum, Art der Versorgung und sektorenübergreifende Unterstützungsangebote)

Förderfaktoren

Die isPO-Versorgenden sehen in der isPO-Studie einen nachhaltigen Nutzen dahingehend, dass die Sichtbarkeit und der wahrgenommene Nutzen der Psychoonkologie (PO) gestärkt werden. Durch isPO ergebe sich die Möglichkeit, sowohl den Zugang zu dieser zu verbessern als auch die Finanzierung der psychoonkologischen Leistungen zu etablieren.

„Letztendlich geht es darum, der Psychoonkologie den Stand bei den Kassen zu geben, den wir eigentlich brauchen, also dass wir auch honoriert werden beziehungsweise dass es auch bezahlt wird und dass es halt eben auch für niedergelassene Onkologen eine Chance ist, zum Beispiel Patienten zu uns zu schicken, wenn da niemand vorrätig ist als Psychoonkologe.“

Neben der kontinuierlich fortwährenden hohen Motivation der Versorgenden habe eine Verbesserung in der Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen dazu geführt, dass isPO-Versorgungspfade besser umgesetzt werden konnten. Dies sei, neben einem Routinierungseffekt, meist am besten gelungen, wenn isPO-Versorgende den Ärzt:innen zuarbeiteten.

„Wir haben es nachher so ein bisschen umgedreht, dass wir als Case Manager, wir als Mitarbeiter in der Psychoonkologie, den Hauptteil in die Hand genommen haben und, genau, den Aufwand wirklich für die Ärzte so gering wie möglich gemacht haben und das hat sich dann eigentlich letztendlich auch ganz gut bewährt.“

Die isPO-Versorgenden beschreiben, dass es für die Patient:innen besonders hilfreich sei, dass es durch isPO sektorenübergreifende Ansprechpartner:innen gibt, z. B. über die Psychoonkolog:innen oder Psychosozialen Fachkräfte. Auch die psychosoziale Versorgung in isPO werde von den Patient:innen gut angenommen und erhöhe die Versorgungsqualität.

„Also ich würde sagen, positiv ist auf jeden Fall die Unterstützung in dem psychosozialen Bereich zu bezeichnen. Die wird sehr, sehr gerne angenommen. Ich muss ganz ehrlich sagen, bei der Rekrutierung der Patienten ist es so, dass gerade das einen Bonus gibt, dass man sagt: Wir unterstützen Sie auch im sozialen Bereich [...]. Das ist eigentlich das, was viele Patienten, finde ich, sehr lockt. Natürlich daneben noch dieser psychologische Faktor, [...] aber dieser Bonus dieser psychosozialen Situation, Gegebenheit, finde ich persönlich hervorragend.“

Zudem erlebt ein Teil der VN, dass die isPO-OL-Gespräche als „Türöffner für die Selbsthilfe fungieren“ und Selbsthilfegruppen hierdurch gut angenommen würden.

„Zudem hat mir gut gefallen [...], dass die Selbsthilfegruppe anhand der Onkolotsen-Gespräche viel systematischer Kontakt aufgenommen hat mit den Patienten [...]. Natürlich bieten wir immer unsere Selbsthilfegruppe an, aber da ist eben doch das Feedback der Patienten eher sehr abwartend. Nicht viele nehmen dann tatsächlich Kontakt auf. [...] Die Gespräche, die dann aufgrund der Onkolotsen-Termine zustande kamen, wurden sodann als sehr positiv erlebt.“

Hemmfaktoren

Einige VN empfinden es als herausfordernd, den Zuwachs an Überweisungen zu bewältigen, da derzeitig nicht ausreichend personelle Ressourcen vorhanden seien, was wiederum zu Wartezeiten für Patient:innen führe.

„Wir kriegen ziemlich viele Scheine und viele Patienten haben auch Bedarf, aber jetzt müssen wir uns ein bisschen zurückhalten mit den Gesprächen, weil wir nicht zu [...]. Also wir haben nicht genügend Therapeuten.“

Weiterhin seien die administrativen Rahmenbedingungen der isPO-Studie für Patient:innen in ihrer gesundheitlich schwierigen Situation herausfordernd. Zum einen läge dies an den vertraglichen Bedingungen, die Patient:innen verunsichern würden.

„Es ist dieses Konstrukt des Vertrages. Ich hatte jetzt vor kurzem noch eine Patientin, die sich also fünfmal erkundigt hat ‚Habe ich da Nachteile bei der Krankenkasse, wenn ich da zum Beispiel nicht mehr mitmachen möchte?‘“

Zum anderen würden die vielen studienanhängigen Dokumente („*Papierwust der Studie*“) die Rekrutierung erschweren. Die Anzahl an Befragungen und Fragebögen wird laut der Erfahrung der Versorgenden von einem Teil der Patient:innen als überfordernd wahrgenommen. Hierbei führe der bürokratische Aufwand des Einschreibeprozesses in Fällen, in denen eine schnelle Versorgung z. B. in Form einer Krisenintervention notwendig wäre, zu einer Verlangsamung des Versorgungszugangs.

„Bis man die Patienten antrifft, [...] bis diese die Fragebögen ausfüllen können oder bis die das schaffen, vergeht häufig so viel Zeit, dass vorher eigentlich schon dringend ein Kontakt mit einem Psychoonkologen stattfinden müsste, weil das so nötig ist. Das ist dann wieder schwierig. Wir machen das jetzt aktuell so, wenn es nötig ist, als Krisenintervention dazwischengeschoben. [...] Also das ist einfach vom Prozessablauf ja so komplex und so langwierig dann dadurch, dass es da immer wieder Schwierigkeiten gibt.“

Durch das „Studienkorsett“ empfinden manche Versorgende das isPO-Programm als „übergestülpt“. Die damit einhergehende Rigidität sei für die Patient:innen bzw. den Kontakt zu diesen stellenweise herausfordernd.

„Für mich ist das immer noch so ein bisschen so ein Überstülpen einfach. Das ist so ein Konzept, was mir ein Jahr übergestülpt wird und da muss man immer so ein bisschen Vorarbeit leisten, um den Patienten zu sagen ‚Es kommt Ihnen einfach nur zugute [...], wir haben da ähnliche Erfahrungen, dass die Patienten‘ [...] dass sie kommen müssen, sich festlegen müssen, dass das schwierig ist und auch wir haben – das sieht man ja auch an den Zahlen – immer wieder Patienten, die nicht so häufig kommen, also die nur einfach auch nach drei Gesprächen oder so einfach da wirklich gut zurecht sind und es dann also auch nicht mehr weiter in Anspruch nehmen wollen.“

Gewisse Aspekte des Versorgungskonzepts empfinden die isPO-Versorgenden als noch nicht reif genug. So haben sie den Eindruck, dass die Stufenzuweisung alleinig mit dem HADS häufig nicht der klinischen Einschätzung oder dem Bedarf entspreche. Weiterhin sei die Konzeption hinter der Dokumentation in CAPSYS²⁰²⁰ zum Zeitpunkt der Fokusgruppe noch nicht ausgereift, da zum einen der Eindruck bestehe, dass es noch nicht fertig sei und zum anderen, dass die Dokumentation noch nicht praxisnah genug sei. Die isPo-Versorgenden wünschen sich hierbei weitere Optimierungen.

„Ansonsten ist die Dokumentation über CAPSYS so komplex und zum Teil manche Sachen einfach [...] Manchmal ist es auch überhaupt nicht zutreffend, was man da anklicken. Je nach Patient, dass das einfach so ein großer Aufwand ist, der gar nicht im Verhältnis zum Nutzen quasi letztlich steht, was wir da rausziehen können sozusagen. Und was auch wieder sehr viel Zeit kostet dann einfach.“

Ein Teil der isPO-Case Manager:innen (isPO-CM) wünscht sich zudem ein Organisationstool für die isPO-OL-Gespräche, da die Organisation dieser sehr aufwendig sei.

„Die Organisation der Onkolotsen-Gespräche war extrem arbeitsaufwändig und zeitaufwändig. Auf einen Nenner zu bringen, wer wann mit wem wo sprechen kann, weil auch die Organisation der Räume lag in unserer Hand. Das hat sehr viel Mühe gekostet.“

Diejenigen, die auf den Stufen 2 und 3 Patient:innen versorgen, erleben, dass ihre isPO-Rolle noch mehr Rollentrennschärfe benötige. Beispielsweise sei die Abgrenzung psychotherapeutischer psychoonkologischer Begleitung in isPO schwierig von der regulären ambulanten psychotherapeutischen Versorgung abzugrenzen.

„Was ich schwierig in der Umsetzbarkeit finde, ist, wenn Patienten schon psychische Störungen haben und dann zu uns kommen. Dann gibt es so eine Überschneidung zwischen wir machen keine Psychotherapie, aber irgendwie sind sie doch angebunden psychotherapeutisch. In dem Maße, wie sie das dann bräuchten, geht es aber einfach zeitlich überhaupt nicht. Aber der Druck sozusagen, einen Psychotherapieplatz zu finden, ist auch wieder sehr gering, weil sie ja dann uns haben. Also da ist diese Abgrenzung, was dann genau unsere Aufgabe ist, schwierig, weil es ja natürlich [...] fast nie nur um onkologische Themen, sondern wenn die eine psychische Störung haben. Also dass das schwierig abzugrenzen ist für die Patienten sowieso, aber auch als Therapeut komme ich da immer wieder in schwierige Situationen, wo ich merke, ich bin da auch nicht ganz klar, weil ich nicht genau weiß, was dann meine hier Rolle ist.“

Weiterhin sei die Abgrenzung der Rolle der PSF und des regulären Sozialdienstes der Krankenhäuser sowohl den Versorgenden im Krankenhaus als auch den Patient:innen nicht immer klar.

Letztlich empfinden manche Versorgende, dass sich die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen verschlechtert habe, da diese eine niedrige Akzeptanz gegenüber dem isPO-Programm hätten. Dies habe in manchen Kliniken eine Reduktion der Empfehlungsscheine zur Folge.

„Nach der ersten Zeit der Einführung hat leider, was jetzt den Bereich der Gynäkologie betrifft, das Interesse bei den Ärzten sehr stark abgenommen, sodass von ärztlicherseits überhaupt keine Empfehlungsscheine mehr kommen. Es liegt alles im Grunde genommen auf den Schultern der isPO-Case Manager, die isPO überhaupt anzusprechen, zu empfehlen und dann praktisch den Ärzten hinterherzulaufen mit den Scheinen. Von daher fehlt mir auch einfach die Unterstützung, weil als die Patienten zu Anfang angesprochen wurden und gesagt haben ‚Der Doktor XY empfiehlt mir‘, dann war es leichter.“

Implikationen für die Regelversorgung

Hinsichtlich der Übertragbarkeit des isPO-Programms in die Regelversorgung wurden einige Voraussetzungen und Optimierungsbedarfe von den isPO-Versorgenden beschrieben.

Die Versorgenden sehen besonders den Aufbau umfangreicher psychoonkologischer Strukturen als notwendige Voraussetzung für die Übertragung in die Regelversorgung. Damit einhergehen solle eine klare Konzeption zur Umsetzung des Programms nach Studienende. Wichtig sei also die Schaffung klarer Übergangsregelungen, um eine umfassende, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung der Krebspatient:innen zu garantieren.

„Ich könnte mir vorstellen, dass es eine Art zusätzliche Struktur gibt, die aus den entsprechenden Fachpersonen besteht. Sie ist aber eigenständig aufgebaut, mit wirklich räumlichen, materiellen, personellen Ressourcen, in welche die Patienten zusätzlich noch angebunden werden, die zusätzlich zum stationären Setting auch in einem ambulanten Setting versorgen kann.“

Aktuell sei nicht genügend qualifiziertes Personal vorhanden, um alle Patient:innen bedarfsorientiert, ohne eigenes Überlastungserleben, versorgen zu können. Es wird befürchtet, dass ohne diese Versorgung und einen Studienerfolg jedoch keine Finanzierungen und damit entsprechende personelle Ressourcen bereitstünden. Daher ist den Versorgenden eine angemessene Etablierung psychoonkologischer Stellen besonders wichtig für die Übertragung in die Regelversorgung.

„Also ich denke, das ist ein Kreislauf, ne? Wenn es Ressourcen gibt, weiß man, die kann man anbieten und dann werden die auch angenommen, und umgekehrt verselbstständigt sich sicherlich die Sache dann auch.“

Zudem sei wichtig, das Bewusstsein für die Relevanz von Psychoonkologie zu stärken, sowohl über Leitlinien, die bekannter gemacht werden sollten, als auch über politische Lobbyarbeit.

Insgesamt solle die Versorgung der Patient:innen immer hinsichtlich ihres Bedarfs mit Flexibilität gestaltet werden. Dies betreffe beispielsweise den Versorgungszeitraum, die Art der Versorgung und sektorenübergreifende Unterstützungsangebote, die immer individuell vom Bedarf der Patient:innen abhängig gemacht werden sollten.

Auf Programmebene sollte aus Sicht der Versorgenden besonders der Dokumentationsaufwand reduziert werden und es sollten klare Definitionen für die geforderten Qualifikationen der jeweiligen isPO-Rollen vorgenommen werden. Hierbei solle besonders die PSF-Rolle in ihrem Profil „noch geschärft werden“.

Leitungsebene Versorgungsnetzwerke

Für die summative Evaluation wurde die Fokusgruppe mit dem in den vier VN tätigen leitenden isPO-Personal (leitende Psychoonkolog:innen und Netzwerkkoordination) auf Aussagen hin untersucht, die die Versorgungsqualität (Förder- und Hemmfaktoren) der isPO-Versorgung beschreiben sowie Implikationen für die Übertragung in die Regelversorgung geben. Der finale Kodierbaum ist Anhang XX des Evaluationsberichts zu entnehmen. Hierbei werden zunächst Stärken und Schwächen des isPO-Versorgungsprogramms dargestellt, die Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen. Zuletzt wird zusammengefasst, welche Schlussfolgerungen die Leitenden für eine potentielle Übertragung in die Regelversorgung ziehen. Tabelle 339 gibt eine stichpunktartige Übersicht über die wichtigsten Aspekte.

Tabelle 339. Förder- und Hemmfaktoren der isPO-Versorgung und Implikationen für die Regelversorgung aus der Perspektive der Leitungspersonen in den Versorgungsnetzwerken

Versorgungsqualität isPO-Versorgung		
Förderfaktoren	Hemmfaktoren	Implikationen für die Regelversorgung
Motivation der isPO-Akteure	Ressourcenmangel	Zugänglichkeit für alle Krebspatient:innen sicherstellen sowie vereinfachen (Patient:inneninformationsmaterialien, VN-interne Kommunikationsstrategien, Akzeptanz erhöhen)
Austausch zwischen Versorgenden	Fehlende kontextuelle Adaption (Berücksichtigung unterschiedlicher Strukturen, Passgenauigkeit)	Flexiblere Gestaltung des Einschreibungsprozesses (Formalisten abbauen, Automatisieren, Einbezug anderer Professionen)
Zunahme der Empfehlungsscheine	Studienbedingte Rahmenbedingungen & Bürokratischer Aufwand	Fokus auf flexible, bedarfsorientierte Versorgung (Art und Zeitpunkt der Versorgung, Hinzunahme des klinischen Eindrucks zur Zuweisung in die Versorgungsstufen)
Poststationäre Versorgung	Reifegrad des Versorgungskonzeptes (Stufenzuteilung nur durch Fragebögen, Anzahl an isPO-Rollen, Rollentrennschärfe Psychoziale Fachkraft & Psychotherapeut:in, unflexibler Versorgungszeitraum)	Fortführungen von Prozessoptimierungen (diagnostische Instrumente, Versorgungsabläufe, Reduktion der Dokumentation, sektorenübergreifende Versorgung)
isPO-Onkolots:innen-Gespräche	Effektivität der isPO-Onkolots:innen-Gespräche	Fortführung des Qualitätsmanagements

		(Qualitätszirkel, Fortbildungen)
CAPSYS ²⁰²⁰ für die Netzwerkkoordination	Bedarfsunterschiede zwischen Entitäten	Angemessene Vergütung & bedarfsdeckende personelle Ressourcenbereitstellung
		Gesundheitspolitischer & gesellschaftlicher Kulturwandel

Förderfaktoren

Die anhaltend hohe Motivation der isPO-Akteure habe sich positiv auf die Umsetzung des Programms ausgewirkt. Umgekehrt habe wiederum eine empfundene „erfolgreiche“ isPO-Versorgung die Motivation in den VN positiv beeinflusst. Hierbei wird der interprofessionelle Austausch zwischen den Versorgenden aus den unterschiedlichen VN als gewinnbringend empfunden.

„Ich finde der Austausch unter den einzelnen Parteien, also [...] unter den Psychoonkologinnen, unter den Case Managern, wenn die mal ins Gespräch kamen zufälligerweise, dann war das auch immer sehr bereichernd.“

In manchen VN wird die Nutzung der Empfehlungsscheine förderlich für den Zugang zur Psychoonkologie bewertet. So wurde eine Augmentierung der Ausstellung dieser Scheine durch Ärzt:innen wahrgenommen, sodass letztlich mehr Patient:innen Zugang zur PO erhalten würden.

„Durch die Einführung der Empfehlungsscheine, wenn man die als so eine Art Vorscreening nimmt, also zumindest als eine Information für die Patienten, dass es psychoonkologische Versorgung gibt [...]. Früher hatten wir circa 600 Rückläufer von Screeningunterlagen, dass das jetzt immerhin 2.000 Empfehlungsscheine [...].“

Wie bereits in anderen qualitativen Erhebungen deutlich wurde, fanden die isPO-Leitenden auch, dass die durch isPO etablierte poststationäre Versorgung eine wertvolle Entwicklung für die Versorgungsqualität der Patient:innen darstellt.

„Dass es das Programm gab und gibt auch für die poststationäre Versorgung, das würde ich auf jeden Fall als gut bezeichnen!“

Wenn auch nicht alle VN sich hierbei einig sind, so wird das Angebot der isPO-OL-Gespräche für die Patient:innen überwiegend als gewinnbringend bewertet. Auch die patient:innenseitige Annahme des Angebotes wäre gut.

„Das mit den Onkolotsen [...], das ist hier sehr gut durchdacht, auch mit den Case Managern zusammen, das hat super funktioniert. Das fanden auch die Patienten sehr angenehm. Also es ist sehr gut angenommen worden von den Patienten.“

Letztlich äußert eine in der Netzwerkkoordination tätige Person, dass CAPSYS²⁰²⁰ für diese administrierende isPO-Rolle „nicht so schwierig“ sei.

Hemmfaktoren

Auch die isPO-Leitenden äußern sich kritisch zu bestehenden personellen und zeitlichen Ressourcen. Die „dünne Personaldecke“ erschwere die Umsetzung des isPO-Programms.

„Ein Problem ist, dass das Konzept sehr vielfältig ist, dass unglaublich viele Berufsgruppen jetzt involviert sind in die Versorgung [...]. Es bedarf auch unglaublicher

Ressourcen im Rahmen der Studie, die Patienten zu vermitteln und zu organisieren. Also das ist ein großer Zeitbedarf [...]. Und da ist die Frage, wie das, wenn es in der Regelversorgung wäre, also Status quo so in den Häusern umgesetzt würde. Ich bezweifle das.“

Zudem merken die Interviewten an, dass die geringe kontextuelle Anpassung an die Gegebenheiten an Standorten, außerhalb eines universitären Settings, herausfordernd sei. Es sei wichtig, die Zielstrukturen zu berücksichtigen.

„Es ist viel, viel Uni und Unikultur und das ist schwierig umzusetzen auf eine kleine Klinik. [...] Da sind einfach andere Strukturen [...]. Die Uni wird anders finanziert wie ein Normalkrankenhaus. Da merken Sie schon, es gibt da einfach andere Möglichkeiten, sicherlich auch andere Hürden [...]. Also man steht, glaube ich, vor unterschiedlichen Schwierigkeiten.“

Die von den Interviewten nicht immer als zielgruppenorientiert empfundene Konzeption erleben die Psychoonkolog:innen ebenfalls hinsichtlich der Konzeption der Dokumentation. Diese sei noch nicht passgenau.

Der besonders studienbedingte bürokratische Aufwand innerhalb des isPO-Programms gestalte sich sowohl versorgerndenseitig als auch patient:innenseitig als herausfordernd. So erleben die isPO-Versorgenden diesen als „aufwendig und belastend“, besonders hinsichtlich der personellen Ressourcen.

„Es ist einfach ein super Energiefresser und Zeitfresser. Ich habe manchmal das Gefühl, die ganze Zeit, die ich eigentlich lieber mit den Patienten in der Versorgung verbrächte, verbringe ich jetzt irgendwie vor CAPSYS und das ist ja unbefriedigend.“

Auch hier wird berichtet, dass die Patient:innen vor den Formalia und der Bürokratie zurückschrecken oder manche mit dem Ausfüllen von Fragebögen überfordert seien.

„Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass Patienten zwar grundlegend sehr interessiert sind, aber doch von dem bürokratischen Aufwand zurückschrecken und immer wieder die Rückmeldung ist: Ja, grundlegend schon Interesse, aber das ist mir alles zu viel und ich bin jetzt überfordert und melde mich und nehme es mit. Dann ist es einfach schwierig, die Patienten wirklich ins Projekt einzuspeisen.“

Entsprechend werden die studienbedingten Rahmenbedingungen durch einige Versorgende als einschränkend empfunden. Dies reduziert ihre Akzeptanz gegenüber dem Programm.

„Also wir hatten hier im Haus ja auch schon zwölf Jahre Psychoonkologie etabliert [...]. Das sehen die [Psychoonkolog:innen] an der einen oder anderen Stelle immer etwas schwierig, weil die sagen: Na ja, wir haben doch ein gutes System und das ist jetzt so starr, die Studie, und wir müssen uns da in so einem starren Korsett bewegen.“

Auf Patient:innen-Ebene beobachteten die Versorgenden, dass der Unterstützungsbedarf häufig von der Krebsentität, dem Krankheitsstadium und den jeweiligen Therapieverläufen abhängig sei. Entsprechend sei es herausfordernd, Patient:innen, die sich vorerst nicht oder kaum belastet fühlen, in die isPO-Versorgung einzuschließen. Dies wäre aber studienbedingt nötig.

Weiterhin wird die alleinige Stufeneinteilung mittels Screeninginstrumenten und Fragebögen kritisch bewertet. Eine Kombination mit der klinischen Einschätzung wird für die richtige Stufenzuordnung als sinnvoller empfunden.

„Also das würde ich gerne unbedingt unterstützen und das ist ja ein Appell auch an die Krankenkassen. Also, dass nicht nur die Einstufung durch den HADS als das Kriterium gesehen wird, sondern auch unsere klinische Einschätzung!“

Zudem erleben die Versorgenden, dass die Patient:innen stellenweise Schwierigkeiten haben, die unterschiedlichen isPO-Rollen auseinanderzuhalten. Diese würden verwechselt und seien „nicht wirklich schlüssig für die Patienten“.

Auf Versorgenden-Ebene noch auf einer anderen Ebene wider. In einem der VN sei es herausfordernd gewesen, die Rollen der PSF und PT zu trennen, denn dort übernehmen die PT beide Rollen. Jedoch wird dies dort letztlich als positiv bewertet, wenngleich es hierbei zu Konzeptabweichungen kommen kann.

„Die [Patient:innen] binden sich ja an Personen, sie binden sich nicht an Strukturen! [...] Wenn es gelingt, [...] eine gewisse Beziehungsebene herzustellen und man da ein Vertrauen herstellt, dann kontaktieren die Patienten einen auch für alle möglichen Fragen. Deshalb ist es die Mischung zwischen psychosozial und psychotherapeutisch. Meine Erfahrung über die vielen Jahre sagt, das vermischt sich in unserer Arbeit alles total. [...] Es lässt sich wirklich nur bedingt so klar voneinander trennen. [...] Die Themen sind einfach sehr miteinander verwoben.“

Wie zuvor beschrieben, gibt es zwischen den VN unterschiedliche Haltungen zum isPO-OL-Konzept. Diejenigen, die dieses kritisch bewerten, begründen dies zum einen damit, dass sie es als noch nicht effektiv genug wahrnehmen.

„Also wenn ich mir jetzt das Thema Onkolotse anschau, wie viel Koordinationsarbeit und auch Betreuungsarbeit unsererseits dafür bereitgestellt werden muss, ist das Gespräch des Case Managers 15 Minuten mit den Patienten deutlich effizienter.“

In einem VN wird zudem die niedrige Anzahl an verfügbaren isPO-OL kritisiert.

„Die Grundstruktur, die ja eigentlich in isPO so vorgesehen ist, auch mit den Onkolotsen usw., das lässt sich halt hier bei uns nicht darstellen, weil wir keine Onkolotsen haben.“

Zuletzt empfinden auch die Versorgenden den Versorgungszeitraum als noch zu unflexibel. Ein plötzlicher Abschluss der Unterstützung nach einem Jahr entspreche häufig nicht dem Bedarf der Patient:innen.

„Es ist ganz schwierig, das so zeitpunktmäßig abzuschließen. Ne? Also das Abschlussgespräch zu führen zu einem Zeitpunkt, wo eigentlich aber die Therapie [medizinische] noch gar nicht beendet ist [...] oder sein kann. Also gerade in der kritischen Phase sage ich ja nicht ‚So, jetzt ist das Jahr um, vielen Dank und auf Wiedersehen‘, sondern dann sind die natürlich irgendwie bei mir weiter angebunden und dann kommt wieder die Formalität, dass ich in CAPSYS aber nichts mehr dokumentieren kann beziehungsweise nicht mehr sollte und dass da die Zeitvorgaben relativ strikt sind.“

Implikationen für die Regelversorgung

Hinsichtlich der Übertragbarkeit des isPO-Programms in die Regelversorgung wurden einige Voraussetzungen und Optimierungsbedarfe von den Leitenden der isPO-VN beschrieben.

Aus Sicht der Interviewten sollte isPO für „alle Bedürftigen“ zugänglich sein, d. h. nicht nur für Neuerkrankte. Zudem wäre es hilfreich, die Patient:inneninformationen zu verschlanken, um dazu beizutragen, dass Patient:innen passgenauer begleitet werden und das Programmverständnis gefördert wird. Insgesamt sei es wichtig, die klinikinterne Kommunikation und Informationsreichweite für alle Professionen zu optimieren, damit isPO überall, wo es angeboten werden könnte, auch bekannt ist und nicht nur in den engeren isPO-Versorgendenteams. Auch sei vorstellbar, die Abläufe des Einschreibeprozesses diesbezüglich zu vereinfachen, beispielsweise indem andere Professionen diesen übernehmen.

„Also wir machen es ja jetzt schon bei uns, dass wir es über das Case Management machen. Also das, was eben wirklich integriert ist in dem Screening, dass wir das über

das Screening machen. Days man, sobald wir einen Bedarf sehen, auch sofort was anbieten kann, ohne dass man halt erst den Weg über den Arzt gehen muss.“

Auf der biomedizinischen Versorgungsebene (z. B. Onkolog:innen, Pflegepersonal) sehen die Interviewten für die Überleitung in die Regelversorgung die Notwendigkeit, dass die Psychoonkologie insgesamt eine höhere Akzeptanz erfahren müsse. Angebote der Psychoonkologie sollten „wie ein Standardkonsil“ sein, das jeder:m Patient:in angeboten wird.

„Ich glaube, dass wir es langfristig nur über eine Akzeptanz bei Mediziner:innen hinbekommen, also dass das auch da in den Köpfen verankert ist, als fester Bestandteil in der onkologischen Therapie. Die brauchen da eine lange Gewöhnungszeit, bis sie das irgendwie verinnerlicht haben.“

Die psychoonkologische Bedarfserfassung sollte außerdem „nicht nur Instrumenten-geleitet“, sondern in Kombination mit dem klinischen Eindruck erfolgen. Außerdem sei mehr Flexibilität bei der Ein- und Ausschreibung gewünscht, d. h. auch hinsichtlich eines nötigen Stufenwechsels.

„Es ist ja teilweise so, dass ich zu den Patienten gerufen werde, weil die wirklich akuten Bedarf haben. Dann spreche ich auch mit denen über isPO. Dann lassen die sich darauf ein, füllen den Fragebogen aus und dürfen mich danach nicht mehr sehen, weil sie dann doch in Stufe 2 sind. Das ist echt übel! Also dass die Patienten auch mit dem Wunsch, versorgt zu werden und Bedarf anmelden, sich einschreiben lassen. Dann füllen sie den HADS-Bogen aus und dann kommt raus, sie haben nur 10 oder 13 Punkte, obwohl sie sich eigentlich belastet fühlen. Und dann dürfen sie mich dann nicht mehr sehen oder ich muss sofort kaum nach Einschreibung schon ein kritisches Ereignis machen. Das ist irgendwie ungeschickt gemacht.“

Entwickler:innenseitig wünschen sich die Interviewten, dass die Erhebungs- und Dokumentationsinstrumente, welche auf dem Versorgungskonzept aufbauen, realistisch auf der psychoonkologischen Versorgungsrealität fußen. Entsprechend sollten Prozessoptimierungen weiter vorangetrieben werden, besonders bezüglich des Versorgungskonzepts und der zusammenhängenden diagnostischen Instrumente.

„Also mir fehlt noch so das ausgereifte Screening-Instrument, wo ich sage, das ist zu 99 Prozent passend und daran können wir uns orientieren.“

Hierbei sollte auch die Flexibilität bezüglich der Versorgungsstrukturen (z. B. Stufenzuweisung, Versorgungsbeginn / -ende) nach Beendigung der Studie erhöht werden. Zudem sei wichtig, die Dokumentation zu verschlanken und die sektorenübergreifende Versorgung (Kooperationen mit ambulanten ärztlichen Praxen) weiter proaktiv voranzutreiben.

Auch die Qualität der isPO-Versorgung im Team müsse durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätszirkel weiter gesichert werden.

Auf der Administrationsebene wird die Handhabbarkeit der Rechnungsstellung als zentral bewertet.

„Die Rechnungsschreibung ist zwar jetzt nicht schwierig, aber da sollte am Ende ein Automatismus bestehen oder so, dass es gegebenenfalls vielleicht nicht bei einem Koordinator, sondern in der Abrechnung stattfindet.“

Die interviewten Leitenden empfinden es zudem als unabdingbar, dass eine angemessene Vergütung sichergestellt wird, um eine bedarfsdeckende personelle Ressourcenbereitstellung in der Regelversorgung sichern zu können.

Auf gesellschaftlicher Ebene wurde hervorgehoben, dass die „Psychoonkologie als fester Bestandteil der onkologischen Regelversorgung“ begriffen werden müsse. Dafür sei aber ein umfangreicher gesundheitspolitischer Kulturwandel, nicht nur in Form von „Projektleuchttürmen“, nötig.

„Gesundheitspolitisch muss ein Kulturwandel her! Also Sie haben ja immer noch oft das Thema, wenn Psycho vorne steht, dann kriegt es einen negativen Beigeschmack von: ‚Jemand kann seine Dinge nicht selbst stemmen.‘ Ich finde, das ist auch das Spannende, was man so in letzter Zeit gesehen hat: Wie viele Personen, mit denen ich mich unterhalte, nehmen regelmäßig ein Coaching in Anspruch? Und ich glaube, dass tatsächlich auch mit dem Wort Coaching keiner irgendwie ein Problem hat. Und wenn ich aber sage ‚Na ja, ich war jetzt noch mal beim Psychotherapeuten‘, der am Ende genau die gleiche systemische Aufstellung gemacht hat, wie mein Coach, hat es einfach in der Gesellschaft noch eine andere Wirkung.“

Schlussendlich wird angemerkt, dass die Psychoonkologie insgesamt eine breite gesellschaftliche Akzeptanz bei allen Patient:innen erlangen müsse.

„Da freut es mich umso mehr, dass wir in isPO tatsächlich einfach auch einige Männer haben, die da dran teilnehmen. Das ist schon irgendwie noch mal ein Schritt weiter. Sonst war da eine größere Ablehnung zu unserer psychoonkologischen Versorgung: nämlich: ‚Kriege ich schon so hin‘, oder ‚Spreche ich nicht drüber, dann gibt es das Problem auch nicht‘.“

isPO-Onkolots:innen

Für die summative Evaluation wurden die fünf EI und die Fokusgruppe (n = 8) mit isPO-OL auf Aussagen hin untersucht, die die Versorgungsqualität (Förder- und Hemmfaktoren) der isPO-OL-Versorgung beschreiben sowie Implikationen für die Übertragung in die Regelversorgung geben. Der finale Kodierbaum ist Anhang XXII des Evaluationsberichts zu entnehmen. Tabelle 340 liefert einen stichpunktartigen Überblick zu den identifizierten Förder- und Hemmfaktoren sowie den Optimierungspotentialen für die Regelversorgung.

Tabelle 340. Förder- und Hemmfaktoren und Implikationen für die Regelversorgung mit Fokus auf die isPO-Onkolots:innen-Versorgung aus der Perspektive der isPO-Onkolots:innen (isPO-OL)

Versorgungsqualität isPO-Onkolots:innen (isPO-OL)		
Förderfaktoren	Hemmfaktoren	Implikationen für die Regelversorgung
Gesprächsleitfaden und Übung zur Gesprächsführung in der Schulung	Geringer Schulungsumfang; inhaltlich „oberflächliche“ Schulung	Passgenaue & kontinuierliche Schulung
Klare Abläufe für die Vor- und Nachbereitung der Gespräche	Hoher Ressourcenaufwand für isPO-Case Management	Optimierung der Zusammenarbeit mit isPO-Versorger:innen-Team
Früher Zeitpunkt im Versorgungsverlauf	Zeitpunkt nicht immer entsprechend des Bedarfs	Flexibles Gesprächsangebot
Eigene Infrastruktur (z. B. Räumlichkeiten)	Gesprächsdauer und -frequenz laut Konzept zu gering	
Info-Mappe enthält relevante & seriöse Informationen	Missverständnis der Patient:innen über das isPO-OL-Angebot	Inhalt und Gestaltung der Info-Mappe in Zusammenarbeit mit den isPO-OL überarbeiten
Offenheit der Patient:innen	Angehörigenteilnahme (Fragen des:der Patient:in geraten in den Hintergrund)	Ausbau der isPO-OL-Teams an den Versorgungsstandorten
isPO-OL sind Erfahrungsexpert:innen & stellen für Patient:innen ein Positivbeispiel dar	Matching von Patient:in & isPO-OL nach Entität meist nicht möglich	Wertschätzung der Tätigkeit steigern
Psychisch stabile isPO-OL	Keine geregelte Kostendeckung für die isPO-OL	Auswahlverfahren für isPO-OL-Eignung; Regelmäßige (Gruppen-) Supervision
		Geregelte Finanzierung für die isPO-OL über GKV (z. B. Fahrt- / Parkkosten; Aufwandsentschädigung)

Förderfaktoren

Anders als in der ‚klassischen‘ Krebsselfhilfe im Rahmen von Selbsthilfegruppen kommen die isPO-OL in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit mit neuerkrankten Krebspatient:innen in direkten, meist angesichtlichen Kontakt. Auf diese besondere Herausforderung sollen sie in der Schulung vorbereitet werden. Dabei wurde von den isPO-OL insbesondere der in der Schulung zur Verfügung gestellte Gesprächsleitfaden als hilfreich empfunden. In diesem sind verschiedene Situationen mit möglichen Lösungsreaktionen der isPO-OL aufgeführt. So soll der Tätigkeitsrahmen der isPO-OL gewahrt werden (z. B. keine medizinischen oder sozialrechtlichen Ratschläge geben; Abgrenzung zum:zur Patient:in). Allerdings ist nach Ansicht der isPO-OL Voraussetzung, dass an der Tätigkeit Interessierte „*psychisch stabil*“ seien.

Um ihre Versorgungsleistung erbringen zu können, beschrieben es die isPO-OL als förderlich, wenn in den VN für die Gespräche eine eigene Infrastruktur aufgebaut wurde mit bspw. festgelegten Räumlichkeiten und Aufbewahrungsorten für die Info-Mappen und Broschüren,

die den Patient:innen ausgehändigt werden. Darauf aufbauend sind auch festgelegte Abläufe für die Vor- und Nachbereitung der Gespräche entscheidend.

„Also wir haben jetzt im Onkolotsen-Zimmer einen großen Schrank, wo diese ganzen Broschüren auch fertig sind. Wenn einer von uns Onkolotsen Zeit hat, dann gehen wir dann halt auch schon mal hin und packen dann schon diese Taschen für die Patienten und dann gehen halt [Namen der isPO-Case Manager:innen] anschließend nur hin und legen einen Zettel auf den Tisch beziehungsweise in unseren Schrank, wo dann draufsteht ‚[Name des:der isPO-OL] ich sage jetzt mal Dienstag um 17 Uhr Patientin [Name der Patientin]‘ und dann können wir uns dann diesen Zettel nehmen, wissen dann, entweder kommt die [Name der Patientin] dann halt ins Wartezimmer zum Onkolotsen oder wir bekommen dann halt da direkt auch mitgeteilt, auf welcher Station und in welchem Zimmer die Patienten liegen. Also das ist schon eine sehr gute und eine sehr durchdachte Sache.“

„Die [Info-Mappen] werden meistens für uns hinterlegt, je nachdem, wo wir eingesetzt werden. Oftmals wird das auf der Station hinterlegt, dass wir uns die Unterlagen dort abholen. Und das funktioniert aber gut. Ja, und dort können wir es auch wieder abgeben nach dem Gespräch, wenn wir das unterschrieben haben beziehungsweise auch die Unterschrift und die Einwilligung der Patientin oder des Patienten.“

Die Info-Mappe als Grundlage für das isPO-OL-Gespräch enthält Informationen zu weiteren wohnortnahen Unterstützungsangeboten für die Patient:innen. Die isPO-OL schätzen daran, dass so relevante, seriöse und passgenau zusammengestellte Informationen zur Verfügung gestellt werden können.

„Ich glaube, mir hätte das sehr geholfen auch, um mich zu orientieren, weil man einfach schon darauf angewiesen ist, wirklich sich selbst Informationen zusammenzusuchen.“

Die allgemeinen und grundlegenden Informationen der Info-Mappe sind laut den isPO-OL vor allem zu Beginn der Krebserkrankung hilfreich, bevor andere Unterstützungsangebote und Informationsquellen für Krebspatient:innen in Anspruch genommen werden. Insoweit erscheint den isPO-OL die zeitliche Platzierung des Gesprächs kurz nach Diagnosestellung sinnvoll.

Neben dem „Was“ (Erläuterung und Weitergabe wohnortnaher Informationen) ist insbesondere das „Durch-wen“ (Gleichbetroffene) bestimmendes Wesen der isPO-OL-Versorgung. Durch ihre Erfahrung mit einer eigenen Krebserkrankung haben die isPO-OL eine authentische Expertise, die nicht erlernbar ist und die sie von jener der professionell Versorgenden unterscheidet. Die isPO-OL können den neuerkrankten Krebspatient:innen ein Mut machendes Positivbeispiel sein und ermöglichen eine Kommunikation auf Augenhöhe.

„... dafür ist dieser Onkolotsen-Dienst schon mal extrem hilfreich, dass, wenn wir ans Krankenbett gehen oder mit dem Patienten sprechen, dass wir halt ganz klar auch demonstrieren können: Uns geht es gut, wir sehen überhaupt nicht krank aus. Wir stehen mitten im Leben und wollen dieses Gefühl halt auch weitergeben.“

„Also sie sind entweder mit dem Arzt oder mit dem Psychologen usw., die sind immer so eine Art Abhängigkeit und das ist das erste Mal, wo sie haben jemanden, der da auf gleichem Niveau fungiert und der Zeit hat und der empathisch ist.“

Damit Patient:innen vom isPO-OL-Gespräch profitieren können, muss auf ihrer Seite Offenheit hierfür bestehen. Nur so kann der:die isPO-OL passgenaue Informationen geben und Angebote erläutern.

„Es gibt die Patienten, die möchten sich austauschen, und für die sind wir da. [...] Für die ist das Onkolotsen-Projekt, denke ich, sehr hilfreich.“

Hemmfaktoren

Die einmalige, für fünf Stunden angesetzte Schulung ist laut den isPO-OL nicht ausreichend, um sich ausreichend auf die Tätigkeit vorbereitet zu fühlen. Die vielfältigen Inhalte könnten aus Zeitmangel so nur „*oberflächlich*“ behandelt werden. Vielmehr waren es die ersten praktischen Erfahrungen als isPO-OL, die für sie im weiteren Verlauf hilfreich waren.

Angesichts der für isPO notwendigen Versorgungsstrukturen und -prozesse, wie sie teilweise bei den Förderfaktoren beschrieben wurden, erleben die isPO-OL einen hohen Ressourcenaufwand, mit dem sich die isPO-CM konfrontiert sehen.

„Die haben eigentlich ihren Job, der voll ausgelastet ist, und haben jetzt noch mal das Doppelte an Arbeit oben drauf.“

Neben den geringen personellen Ressourcen wurde auch die nicht vertraglich geregelte Finanzierung der isPO-OL selbst kritisch gesehen. Eine Aufwandsentschädigung ist nicht vorgesehen, die Erstattung von Fahrt- und Parkkosten wird in den VN unterschiedlich gehandhabt und muss von den Kliniken getragen werden.

Während der Zeitpunkt des isPO-OL-Gesprächs laut Konzept für die Vermittlung erster allgemeiner Informationen als angemessen bewertet wurde, erscheint er in der Versorgungsrealität nicht immer den Bedarfen der Patient:innen zu entsprechen, weil das Gespräch im Vergleich zur biomedizinischen onkologischen Behandlung zu früh oder spät stattfindet.

„Anfangs hatte ich auch den Eindruck, dass das eine oder andere Gespräch zu früh angesetzt war, wenn die eigentliche Behandlung noch gar nicht begonnen hatte. Und unlängst hatte ich eine junge Patientin, die sagte definitiv, das Gespräch ist jetzt viel zu spät. Ihre Behandlung war zum Abschluss gelangt und sie hat jetzt nur noch ganz weitmaschige Betreuung und hätte sich das Gespräch aber dann doch früher gewünscht.“

Ferner erleben die isPO-OL die in der Schulung empfohlene Gesprächsdauer als nicht ausreichend, um den unterschiedlichen Fragen und Informationsbedarfen der Patient:innen gerecht werden zu können.

„Beim Patientengespräch haben Sie eine Stunde Zeit. Das ist ein bisschen zu wenig, wenn man alles erklärt.“

Ähnliches gilt für die Gesprächshäufigkeit, die im Rahmen des isPO-OL-Konzepts auf ein, maximal zwei Gespräche beschränkt ist.

„... aber es wird auch des Öfteren mal gefragt ‚Haben wir denn noch ein Gespräch oder können wir noch mal sprechen miteinander?‘“

Unter den Förderfaktoren wurde erwähnt, dass das isPO-OL-Gespräch für die Patient:innen nur dann hilfreich sein kann, wenn sie dem Angebot offen gegenüberstehen. Hierfür ist wiederum entscheidend, dass die Patient:innen diesen Aspekt verstehen und um die Gleichbetroffenheit der isPO-OL wissen.

„... und ich merke [...], dass die manchmal aber gar nicht so richtig verstanden haben, dass wir auch erkrankt waren mal und wenn man das sagt, dass das oftmals so das Eis bricht.“

Eine weitere Situation, die die Gesprächsoffenheit der Patient:innen einschränken kann, ist laut der isPO-OL die Teilnahme von Angehörigen. Häufig nahmen diese dann das Gespräch ein, sodass deren Fragen im Mittelpunkt stünden, während der:die Patient:in sich zurückhält.

„Ich finde es schon ein bisschen anders, weil, ja, natürlich möchten die Angehörigen auch noch Fragen stellen oftmals [...], dass dann der Patient selber gar nicht so vielleicht Fragen stellt, weil sich gar nicht so ein Gespräch sich entwickelt dann. Wenn Angehörige dabei sind, entwickelt sich einfach nicht so ein intensives Gespräch, habe ich das Gefühl.“

Auch wenn im isPO-OL-Gespräch anhand der Info-Mappe allgemeine Informationen erläutert werden sollen, empfinden die isPO-OL es als nachteilig für die Versorgungsqualität, wenn Patient:in und isPO-OL nicht die gleiche Krebserkrankung haben bzw. hatten. Abgesehen davon, dass dies laut Konzept nicht vorgesehen ist, wäre die Umsetzung eines entitäten-spezifischen Matchings in der Versorgungsrealität nicht möglich, da die isPO-OL-Teams an den Standorten zu klein und damit nicht divers genug aufgestellt sind.

„Aber das Verständnis ist einfach besser, wenn Krebspatienten, die sich dort gemeldet haben, von jemandem beraten werden, der den gleichen Krebs hat. Aber das kann halt nicht immer sichergestellt werden.“

Implikationen für die Regelversorgung

Tabelle 341 stellt alle Unterkategorien des Codes „Verbesserungsvorschläge für die Regelversorgung“ dar, wie sie dem Bericht zur zweiten formativen Evaluation zu entnehmen sind [2]. Außerdem sind zu jeder Kategorie die Verbesserungsvorschläge im Einzelnen angeführt. Diese betreffen nicht nur die Erbringung der isPO-OL-Leistung im engeren Sinne, sondern auch den Zugang zum Ehrenamt, die Vorbereitung darauf sowie die Zusammenarbeit zwischen den weiteren Versorgungsakteur:innen und den isPO-OL untereinander. Des Weiteren wurden Optimierungspotentiale in der Finanzierung der isPO-OL und der Wertschätzung der Tätigkeit gesehen.

Trotz der erlebten Hemmfaktoren und Anpassungsbedarfe zur Übertragung in die Regelversorgung lässt sich die Zukunftserwartung der isPO-OL wie folgt zusammenfassen:

„Ich würde mir wirklich sehr wünschen, dass es weitergeht, weil ich das einfach auch für sowohl Patienten als auch für die Onkolotsen ein sehr bereicherndes Projekt auch finde, eine schöne Tätigkeit. Und, ja, wie gesagt, also mir hätte das auch damals gut geholfen. Ich hätte mich sehr gefreut, wenn es das gegeben hätte.“

Tabelle 341. Unterkategorien des Codes „Verbesserungsvorschläge für die Regelversorgung“ mit konkreten Nennungen der isPO-Onkolots:innen (isPO-OL)

Unterkategorie	Konkrete Verbesserungsvorschläge
Auswahlverfahren für isPO-OL-Eignung	<ul style="list-style-type: none"> - Eignung in einem persönlichen Gespräch prüfen
Passgenaue & kontinuierliche Schulung	<ul style="list-style-type: none"> - Training zur Gesprächsführung ausbauen - Schulungsumfang erweitern und Inhalte aufteilen (z. B. ein Termin zu den Hintergründen des isPO-Projekts, ein weiterer Termin zur Gesprächsschulung) - Vermittlung weiterer Fähigkeiten (z. B. Abgrenzung, authentisches Auftreten, Bewusstsein für die eigene Persönlichkeit) - Nachschulungen bedarfsgerecht anbieten
Regelmäßige (Gruppen-) Supervision	<ul style="list-style-type: none"> - halbjährliche Gruppensupervision als Treffen der isPO-OL mit dem isPO-Case Management (isPO-CM) und einem:r Psychoonkolog:in - von der Klinik unabhängige Supervision
Flexibles Gesprächsangebot (Zeitpunkt, Dauer, Frequenz)	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt des Gesprächs möglichst vor bzw. zu Beginn der biomedizinischen Krebsbehandlung
Inhalt und Gestaltung der Informationsmappe	<ul style="list-style-type: none"> - Broschüren nicht pauschal zusammenstellen, sondern ein Inventar an verschiedenen Broschüren in der Klinik zur Verfügung haben, sodass anhand der Gesprächsinhalte passende Zusatzmaterialien ausgehändigt werden können - „Corporate Design“ der Informationsmappe entwickeln - Gebundene Form, z. B. Schnellhefter („keine Zettelwirtschaft“) - in regelmäßigen Treffen klären, welche Informationen aus der Erfahrung der Gespräche angepasst / ergänzt werden sollten <p>Folgende Themen / Informationen aufnehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anschlussheilbehandlung - Patient:innenrecht - Kontaktdaten lokaler Selbsthilfegruppen
Ausbau der isPO-OL-Teams	<ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierungsmaßnahmen ausbauen - Etablierung größerer, diverserer isPO-OL-Teams → Patient:in-isPO-OL-Matching nach Geschlecht, Alter und Krebsentität ermöglichen
Regelmäßiger Austausch der isPO-OL untereinander	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige (z. B. quartalsweise) Treffen der isPO-OL eines Netzwerks organisieren - Verschiede Formate für den Austausch ermöglichen, z. B. Stammtische, Videochats - Treffen zwischen „aktiven“ isPO-OL und jenen ermöglichen, die noch nicht tätig sind
Optimierung der Zusammenarbeit mit isPO-Versorger:innen-Team	<ul style="list-style-type: none"> - <u>eine</u> konkrete Ansprechperson für die isPO-OL nennen (insbesondere bei mehrköpfigen isPO-CM-Teams) - jährliche Treffen von isPO-OL mit Ärzt:innen und Psychoonkolog:innen

Unterkategorie	Konkrete Verbesserungsvorschläge
	<ul style="list-style-type: none"> - Ärzt:innen und Psychoonkolog:innen sollen Patient:innen proaktiv auf Angebote der Selbsthilfe hinweisen (z. B. isPO-OL)
Kostendeckung	Finanzierung durch die GKV sollte enthalten: <ul style="list-style-type: none"> - Aufwandsentschädigung für isPO-OL, da Teil des professionellen isPO-Teams - mindestens Erstattung der Fahrtkosten
Wertschätzung der Tätigkeit steigern	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung der isPO-OL - an Entscheidungen beteiligen - Wünsche berücksichtigen - Tätigkeit als professionell begreifen

3 Literatur

1. Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2. Aufl. Erlbaum, Hillsdale, NJ
2. Krieger T, Salm S, Cecon N, Pfaff H, Dresen A (2021) *Ergebnisbericht der zweiten externen formativen Evaluation des Projekts isPO (FE 2.0)*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln, Köln
3. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (2021) *Bewertung der Programmadhärenz der Versorgungsform „integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO)“*, Köln
4. Neumann M, Wirtz M, Ernstmann N, Ommen O, Längler A, Edelhäuser F, Scheffer C, Tauschel D, Pfaff H (2011) Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: an initial study using latent class analysis. *Support Care Cancer* 19(8):1197–1209. doi:10.1007/s00520-010-0939-1
5. Dalgard OS, Bjørk S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 166(1):29–34. doi:10.1192/bjp.166.1.29
6. Beutel ME, Brähler E, Wiltink J, Michal M, Klein EM, Jünger C, Wild PS, Münzel T, Blettner M, Lackner K, Nickels S, Tibubos AN (2017) Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). *PLoS ONE* 12(10):e0186516. doi:10.1371/journal.pone.0186516
7. Ernstmann N, Halbach S, Kowalski C, Pfaff H, Ansmann L (2017) Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 121:58–63. doi:10.1016/j.zefq.2016.12.008
8. Wilmers F, Munder T, Leonhart R, Herzog T, Plassmann R, Barth J, Linster HW (2008) Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory-short revised (WAI-SR). Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1(3):343–358
9. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, Haes JC de (1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85(5):365–376. doi:10.1093/jnci/85.5.365
10. Abel T, Kohlmann T, Noack H (1995) *SOC-Fragebogen*. Revidierte Fassung der Überstzung von Noack, Bachmann u.a. (1987), Bern
11. Pfaff H, Steffen P, Brinkann A, Lütticke J, Nitzsche A (2004) *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF)*. Kennzahlenhandbuch, Köln
12. El Fassi M, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Couffignal S, Mairiaux P (2013) Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health* 13:305. doi:10.1186/1471-2458-13-305
13. Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67(6):361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
14. Bethge S, Danner M (2017) Impulsbeitrag: Patient First in der Gesundheitsversorgung: Status quo. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 121:54–57. doi:10.1016/j.zefq.2017.03.002

15. Krieger T, Salm S, Cecon N, Pfaff H, Dresen A (2020) Ergebnisbericht der externen formativen Evaluation des Projekts isPO. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln, Köln

Anhang 25: Gesundheitsökonomische Analyse

Tabelle 1: Anzahl und Kosten der abgerechneten Onkologika

	Kontrollgruppe			Interventionsgruppe		
	Anzahl Rezepte	Mittel- wert	Kosten	Anzahl Rezepte	Mittel- wert	Kosten
Alkylanzien	16	0,01	1,72	32	0,08*	0
Antimetabolite	138	0,07	24,48	185	0,44*	43,16
Vincaalkaloide	28	0,01	3,81	63	0,15*	21,67
Taxane	35	0,02	0	102	0,24*	0
Topoisomerase- hemmer	7	0,00	0	24	0,06*	0
Antracycline	0	0,00	0	0	0,00	0
Proteinkinase- Inhibitoren	104	0,05	213,21	42	0,10	317,60
Platinverbindungen	39	0,02	0	104	0,25*	0
Monoklonale Antikörper	153	0,08	4,72	74	0,18*	0
Onkologika für multiples Myelom	362	0,19	744,04	152	0,36*	1.525,73
Hormonantagonisten	915	0,47	233,69	322	0,76*	27,22
Koloniestimulierende Faktoren	138	0,07	81,69	309	0,73*	1.006,71
BCG-Impfstoff	6	0,00	1,6	3	0,01	3,69
Mistelkraut	11	0,01	2,47	13	0,03*	2,59

*p < 0,05

Anhang 26: Multivariable Regression - Einfluss der PT-Gespräche auf die Änderung des HADS

Anzahl der jeweiligen Fälle	abhängige Variable	Einflussfaktor	Schätzer	Standardfehler	p-Wert	95 % - Konfidenzintervall	
						untere Grenze	obere Grenze
N=974	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	(Konstante)	-3,430	1,578	0,030	-6,527	-0,332
		Anzahl an PT-Gesprächen pro Patient	-0,264	0,039	<0,001	-0,340	-0,189
		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	0,072	0,218	0,741	-0,355	0,499
		Geschlecht des Patienten	1,186	0,502	0,018	0,202	2,171
		Alter bei Studienbeginn	0,019	0,019	0,323	-0,018	0,055
		ICD10-Zusammengefasste Entitäten	-0,022	0,060	0,717	-0,140	0,097
		ISCED (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens)	-0,144	0,142	0,312	-0,423	0,135

Anhang 27: Multivariable Regression - Einfluss der PSF-Gespräche auf die Änderung des HADS

Anzahl der jeweiligen Fälle	abhängige Variable	Einflussfaktor	Schätzer	Standardfehler	p-Wert	95 % - Konfidenzintervall	
						untere Grenze	obere Grenze
N=363	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	(Konstante)	-5,341	2,859	0,063	-10,964	0,283
		Anzahl an PSF-Gesprächen pro Patient	0,417	0,313	0,183	-0,198	1,033
		Nummer der Institution in der der Patient erfasst wurde	-0,320	0,448	0,476	-1,201	0,561
		Geschlecht des Patienten	1,646	0,930	0,078	-0,183	3,476
		Alter bei Studienbeginn	0,008	0,036	0,818	-0,062	0,079
		ICD10-Zusammengefasste Entitäten	-0,090	0,106	0,397	-0,298	0,118
		ISCED (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens)	-0,335	0,254	0,189	-0,835	0,165

Anhang 28: Univariate Regression – Einfluss der einzelnen Module auf die Änderung des HADS

Anzahl der jeweiligen Fälle	abhängige Variable	Einflussfaktor	Schätzer	Standardfehler	p-Wert	95 % - Konfidenzintervall	
						untere Grenze	obere Grenze
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-3,850	0,996	<0,001	-5,807	-1,893
		Modul 01 durchgeführt	-0,967	1,055	0,359	-3,039	1,104
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-3,800	0,791	<0,001	-5,354	-2,246
		Modul 02 durchgeführt	-1,101	0,869	0,206	-2,807	0,605
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-1,929	2,061	0,350	-5,976	2,119
		Modul 03 durchgeführt	-2,856	2,087	0,172	-6,955	1,243
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-3,635	0,787	<0,001	-5,180	-2,090
		Modul 04 durchgeführt	-1,302	0,864	0,133	-3,000	0,396
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,576	0,838	<0,001	-6,222	-2,931
		Modul 05 durchgeführt	-0,161	0,910	0,859	-1,948	1,626
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-5,113	0,519	<0,001	-6,133	-4,094
		Modul 06 durchgeführt	0,662	0,668	0,322	-0,650	1,974
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-5,301	0,624	0,000	-6,526	-4,076
		Modul 07 durchgeführt	0,809	0,732	0,269	-0,629	2,247
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,328	0,557	<0,001	-5,422	-3,234
		Modul 08 durchgeführt	-0,587	0,688	0,394	-1,938	0,764
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,288	0,481	<0,001	-5,233	-3,343
		Modul 09 durchgeführt	-0,788	0,655	0,229	-2,075	0,498
N=558		Konstante	-3,111	1,819	0,088	-6,684	0,462

	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Modul 10 durchgeführt	-1,656	1,849	0,371	-5,287	1,976
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-6,591	0,796	<0,001	-8,155	-5,028
		Modul 11 durchgeführt	2,254	0,872	0,010	0,541	3,967
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-3,946	1,031	<0,001	-5,972	-1,920
		Modul 12 durchgeführt	-0,852	1,087	0,433	-2,988	1,284
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,743	0,644	<0,001	-6,007	-3,479
		Modul 13 durchgeführt	0,040	0,747	0,957	-1,427	1,508
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-3,667	0,873	<0,001	-5,382	-1,952
		Modul 14 durchgeführt	-1,217	0,941	0,197	-3,066	0,632
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,905	0,428	<0,001	-5,745	-4,065
		Modul 15 durchgeführt	0,461	0,663	0,487	-0,841	1,763
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-5,155	0,453	0,000	-6,044	-4,266
		Modul 16 durchgeführt	0,920	0,653	0,160	-0,363	2,203
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,716	0,441	<0,001	-5,583	-3,849
		Modul 17 durchgeführt	0,005	0,657	0,993	-1,285	1,296
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,619	0,655	<0,001	-5,905	-3,332
		Modul 18 durchgeführt	-0,126	0,756	0,868	-1,611	1,359
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,831	0,580	<0,001	-5,971	-3,690
		Modul 19 durchgeführt	0,172	0,702	0,807	-1,208	1,551
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,799	0,462	<0,001	-5,707	-3,891
		Modul 20 durchgeführt	0,172	0,654	0,793	-1,112	1,456
N=558		Konstante	-4,659	0,348	<0,001	-5,342	-3,976

	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Modul 21 durchgeführt	-0,464	1,019	0,649	-2,465	1,537
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,769	0,335	<0,001	-5,426	-4,111
		Modul 22 durchgeführt	1,192	1,550	0,442	-1,853	4,237
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,547	0,515	<0,001	-5,558	-3,536
		Modul 23 durchgeführt	-0,279	0,666	0,675	-1,588	1,030
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,752	0,334	<0,001	-5,409	-4,095
		Modul 24 durchgeführt	0,872	1,580	0,581	-2,231	3,976
N=558	HADS-Differenz zwischen T1 und T3	Konstante	-4,737	0,328	<0,001	-5,380	-4,094
		Modul 25 durchgeführt	4,404	4,467	0,325	-4,370	13,178