Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Arbeitskreis Klinische Studien e. V.
Förderkennzeichen:	01NVF19017
Akronym:	OnCoPaTh
Projekttitel:	OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen
Autorinnen und Autoren:	Lisa Tönnies, Moritz Melcher, Juliane Köberlein-Neu, Adriana Poppe, Mareike Mähs, Ingo Meyer, Jana Becker, Nora Keddo, Verena Maschke, Thomas Illmer, Wolfgang Knauf
Förderzeitraum:	01.05.2020 - 31.12.2024
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung Bergische Universität Wuppertal 0202 439-1381 koeberlein@wiwi.uni-wuppertal.de, Ingo Meyer PMV forschungsgruppe der Universität zu Köln 0221 478-87613 ingo.meyer@uk-koeln.de,

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt OnCoPaTh wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF19017 gefördert. Die Darstellungen im Evaluationsbericht sind das Ergebnis der unabhängigen Evaluation zur neuen Versorgungsform.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusammenfassung

Hintergrund: Die steigende Inzidenz von Krebserkrankungen bei gleichzeitig verbesserten Überlebenschancen führt zu einer zunehmenden Komplexität in der onkologischen Versorgung. Das Projekt OnCoPaTh adressiert diese Herausforderung durch die Entwicklung und Evaluation einer interprofessionellen, patientenzentrierten Versorgungsform. Ziel der Evaluation war die Prüfung, ob die neue Versorgungsform Krankenhausaufnahmen reduziert und den subjektiv empfundenen Unterstützungs- und Informationsbedarf der Patient*innen senkt. Zusätzlich wurden sekundäre Endpunkte wie Notfalldiensteinsätze, Therapien am Lebensende, Kosten-Effektivität sowie weitere Parameter auf Patienten-, Angehörigen- und Organisationsebene analysiert.

Methodik: Die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wurde mittels einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie (C-RCT) mit vorgeschalteter Beobachtungskohorte evaluiert. Teilnehmende onkologische Einrichtungen wurden im Verhältnis 1:1 einer Interventionsgruppe (strukturierte Implementierung) oder einer Vergleichsgruppe (eigenständige Implementierung) zugeteilt; zusätzlich erfolgte eine Beobachtung der Regelversorgung. Patient*innen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen wurden über 15 bis 18 Monate prospektiv nachverfolgt. Analysiert wurden sowohl die beiden Implementierungsstrategien als auch der Vergleich der neuen Versorgungsform mit der Regelversorgung.

Ergebnisse: Die Gruppen waren hinsichtlich demografischer Merkmale, Krankheitslast und Diagnosen vergleichbar. Bei den primären und sekundären Endpunkten (Krankenhausaufenthalte, Unterstützungsbedarf der Patient*innen, Krankentransporte und der Einsatz palliativer Arzneimittel) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Der Unterstützungsbedarf war insgesamt niedrig und nahm im Zeitverlauf tendenziell ab; lediglich in der Per-Protokoll-Analyse ergab sich zum Zeitpunkt T5 eine signifikante Reduktion im Vergleich zwischen C-RCT-Gesamtgruppe und Vergleichsgruppe I ($\beta = -6{,}1$; 95%-KI: -12,0 bis -0,26; $p = 0{,}041$).

Diskussion: Die Analyse zeigte keine signifikanten Effekte der neuen Versorgungsform in den primären Endpunkten. Auch die sekundären Parameter wiesen keine bedeutsamen Unterschiede auf. Dennoch belegen die Ergebnisse, dass die Delegation von Versorgungsleistungen an nichtärztliche Fachkräfte nicht zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führt – ein relevanter Befund angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels. Die fehlenden Effekte sind vor allem auf methodische und kontextuelle Faktoren zurückzuführen: Die angestrebte Fallzahl wurde nicht erreicht, hohe Drop-out-Raten reduzierten die statistische Power erheblich. Diese Limitationen verdeutlichen die Komplexität der Evaluation innovativer Versorgungsformen und liefern wichtige Erkenntnisse für künftige Implementierungsstudien. Die Prozessevaluation zeigte zudem strukturelle und organisatorische Barrieren, deren Überwindung für eine erfolgreiche Implementierung essenziell ist.

Schlagworte: Supportive Care, Delegation ärztlicher Tätigkeiten, C-RCT, Mixed Methods, Onkologie, frühe palliative Versorgung, fortgeschrittene Krebserkrankung, interprofessionelle Versorgung

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis 5

II Abbildungsverzeichnis 6

III Tabellenverzeichnis 14

1 Ziele der Evaluation 21

2 Darstellung des Evaluationsdesigns 22

2.1 Allgemeine Beschreibung 22

2.2 Setting und Studienpopulation 24

2.2.1 Studiensetting 24

2.2.2 Teilnehmende Organisationen 25

2.2.3 Studienteilnehmende 25

2.3 Rekrutierung 26

2.3.1 Rekrutierung Organisationsebene 26

2.3.2 Rekrutierung Studienteilnehmende 26

2.4 Randomisierung und Verblindung 27

2.5 Intervention und Kontrolle 28

2.5.1 Interventionsgruppe 28

2.5.2 Vergleichsgruppe II 31

2.5.3 Vergleichsgruppe I 32

2.6 Datenschutz 32

2.6.1 Allgemeines Vorgehen 32

2.6.2 Pseudonymisierung der GKV-Routinedaten 34

2.6.3 Pseudonymisierung der im Projekt erhobenen Primärdaten 34

2.7 Wirksamkeit - Effektivität 37

2.7.1 Grundlegende Methodik zu Fragestellung 1 – Routinedatenanalyse 37

2.7.2 Grundlegende Methodik zu Fragestellung 2 - Primärdatenanalyse 44

2.8 Prozessevaluation 56

2.8.1 RE-AIM QuEST – Mixed-Methods 56

2.8.2 Outcomes – RE-AIM 56

2.8.3 Datenerhebung und Datenaufbereitung 57

2.8.4 Abweichungen vom Evaluationskonzept 64

2.8.5 Datenauswertung 65

2.9 Entwicklung der Theory of Change 72

2.9.1 Stakeholder 73

2.9.2 Kontextanalyse 73

2.9.3 Theory of Change Workshops 73

2.9.4 Konsensbildung 74

2.10 Grundlegende Methodik zum Sozio-ökonomischen Impact Assessment 75

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.10.1 Zielsetzung ... 78
2.10.2 Ablauf ... 78
2.10.3 Methodik ... 79

3 Ergebnisse der Evaluation ... 80
3.1 Wirksamkeitsstudie – Effektivität ... 80
3.1.1 Ergebnisse zu Fragestellung 1 – Routinedatenanalyse ... 80
3.1.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2 – Primärdatenanalyse ... 90
3.2 Prozessevaluation ... 179
3.2.1 Reach ... 179
3.2.2 Effectiveness ... 212
3.2.3 Adoption ... 216
3.2.4 Implementation ... 273
3.2.5 Maintenance ... 397
3.3 Theory of Change ... 423
3.4 Sozio-ökonomisches Impact Assessment ... 426
3.4.1 Ablauf des SEIA ... 426
3.4.1 Kosten-Nutzen-Modell neue Versorgungsform OnCoPaTh ... 427
3.4.2 Datenerfassung & Modellierung ... 429
3.4.3 Ergebnisse ... 434

4 Diskussion der Projektergebnisse ... 437
4.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse ... 437
4.1.1 Wirksamkeit – Effektivität ... 437
4.1.2 Prozessevaluation ... 448
4.1.3 Sozio-ökonomisches Impact Assessment ... 494
4.2 Limitationen der Evaluation ... 496
4.2.1 Summative Evaluation – Wirksamkeit ... 496
4.2.2 Prozessevaluation – RE-AIM ... 499

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators ... 504

IV Literaturverzeichnis ... 506

V Anlagen ... 525

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
AKS	Arbeitskreis klinischer Studien e.V.
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BKG	Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung der Bergischen Universität Wuppertal
BNHO	Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e. V.
CI	Konfidenzintervall
CCI	Care Coordination Instruments
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
C-RCT oder cRCT	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DMMP	DMMP Vertrieb und Dienstleistungen im Gesundheitswesen GmbH & Co. KG
eCRF	Electronic Case Report Form
EQ-5D-5L	EuroQol 5 Dimensions 5 Level Version (Lebensqualität)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-NoMAD	German Normalisation Process Theory Measure
HL-COM	Health Literacy in Communication Questionnaire
HLHO-10	Health literate health care organization 10 item questionnaire
IA	Innovationsausschuss
ICD	International Classification of Diseases
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
IG	Interventionsgruppe
ITT	Intention-To-Treat
ITSA	Interrupted-Time-Series-Analysis
IRR	Incidence Rate Ratio (Inzidenzrate)
KAM	Komplementäre und alternative Methoden
KoPP	konsiliartätige Palliativpflegefachkraft
L2FU	Lost to follow-up
LOCF	Last Observation Carried Forward
MFA	Medizinische*r Fachangestellte*r
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NA	Keine Angabe
nVF	Neue Versorgungsform
OC	OncoCoach*in
OnCoPaTh	OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen
ORIC	Organisational Readiness for Implementing Change measure
PEN-13	Patienten-Empowerment-Skala
PMV	PMV forschungsgruppe
PRESS	Provider REport of Sustainment Scale
PP	Per-Protocol

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

PROM	Patient-Reported Outcome Measure
QoL	Quality of Life
RE-AIM	Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance-Framework
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SCNS-P&C-G	German Version of The Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers
SCNS-SF34-G	German version of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire
SD	Standardabweichung
SEIA	Sozioökonomisches Impact Assessment
SLS	Sustainment Leadership Scale
SMSS	Sustainment Measurement System Scale
TICD	Tailored Implementation for Chronic Diseases(-Framework)
TK	Technische Krankenkasse
ToC	Theory of Change
TRAPD	Translation, Review, Adjudication, Pretest, and Documentation (TRAPD)-Methode
UWE-IP	University of the West of England Interprofessional Questionnaire
VG I	Vergleichsgruppe I Beobachtung der bestehenden Regelversorgung
VG II	Vergleichsgruppe II Eigenständig durch die Einrichtungen organisierte Implementierung der neuen Versorgungsform ohne zusätzliche Unterstützung (erweiterte Regelversorgung)
WINHO	Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH
ZAP	Zufriedenheit mit der Versorgung-Erhebungsinstrument

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung des Studiendesigns inklusive Vergleichsgruppen und geplanter Fallzahl 24
Abbildung 2: Gegenüberstellung IG vs. VG II 32
Abbildung 3: Sampling matrix – Organisationsebene 59
Abbildung 4: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2024) 68
Abbildung 5: Drei Ebenen der Translationsentscheidung 76
Abbildung 6: Kosten- und Nutzenarten und korrespondierende Kennzahlen 77
Abbildung 7: Beispiel SEIA Ergebnis: Kennzahlen über Zeit 77
Abbildung 8: Ablauf des SEIA im Projekt 79
Abbildung 9: Flowchart der Anzahl eingeschlossener Patient*innen in die Routinedatenanalyse nach Gruppenzugehörigkeit 80
Abbildung 10: Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Proband*in (n = 184) 85
Abbildung 11: Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Proband*in nach allen Gruppen (n = 184) 85
Abbildung 12: Anzahl an Tagen mit Rettungsdiensttransporten pro Proband*in (n = 184) ... 86

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 13: Anzahl an Tagen mit Rettungsdiensttransporten pro Proband*in nach allen Gruppen (n = 184) 87
Abbildung 14: Anteil palliativer ATC an allen relevanten ATC pro Proband (n = 184) 88
Abbildung 15: Anteil palliativer ATC an allen relevanten ATC pro Proband nach allen Gruppen (n = 184) 88
Abbildung 16: Therapiekosten pro Proband*in (n = 184) 90
Abbildung 17: Therapiekosten pro Proband*in nach allen Gruppen (n = 184) 90
Abbildung 18: Flowchart Anzahl eingeschlossener und aktiver Einrichtungen sowie Anzahl eingeschlossener Patient*innen und Angehöriger inkl. Fragebogenrücklauf in der VG I 92
Abbildung 19: Flowchart Anzahl eingeschlossener und aktiver Einrichtungen sowie Anzahl eingeschlossener Patient*innen und Angehöriger inkl. Fragebogenrücklauf in der C-RCT 93
Abbildung 20: Verteilung der Gesamtscores (SCNS-SF34-G) nach Erhebungszeitpunkt und Gruppe (IG vs. VG II) 103
Abbildung 21: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Patient*innen (SCNS-SF34-G) im Vergleich zwischen IG und VG II 103
Abbildung 22: Verteilung des Gesamtscore - Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34-G) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 109
Abbildung 23: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Patient*innen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 109
Abbildung 24: Verteilung der Gesamtscores (SCNS-P&C-G) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG I 115
Abbildung 25: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Angehörigen (SCNS-P&C-G) im Vergleich zwischen IG und VG II 115
Abbildung 26: Verteilung der Gesamtscores (SCNS-P&C-G) nach Erhebungszeitpunkt und Gruppe 117
Abbildung 27: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Angehörigen im Vergleich zwischen VG I und C-RCT 118
Abbildung 28: Inzidenzrate der ungeplanten Krankenhausaufenthalte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 119
Abbildung 29: Inzidenzrate der Notaufnahme-Kontakte pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 121
Abbildung 30: Inzidenzrate der Notdienstkontakte pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 122
Abbildung 31: Inzidenzrate der ungeplanten Krankenhausaufenthalte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG I und C-RCT 124
Abbildung 32: Inzidenzrate der Notaufnahme-Kontakte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG I und C-RCT 125
Abbildung 33: Inzidenzrate der Notdienstkontakte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG I und C-RCT 127

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 34: Verteilung der prognostizierten Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II 128
Abbildung 35: Mittlere prognostizierte Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) (Range: -0,6 - 1,0) und 95%-Konfidenzintervalle nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II..... 129
Abbildung 36: Verteilung der prognostizierten Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 131
Abbildung 37: Mittlere prognostizierte Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) (Range: -0,6 - 1,0) und 95%-Konfidenzintervalle nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 132
Abbildung 38: Verteilung der Gesamtscores zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG I..... 134
Abbildung 39: Mittlerer Gesamtscore zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II..... 135
Abbildung 40: Verteilung der Gesamtscores zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 137
Abbildung 41: Mittlerer Gesamtscore zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I... 138
Abbildung 42: Verteilung der Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II..... 140
Abbildung 43: Mittlere Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG II und IG..... 141
Abbildung 44: Mittelwerte zur Mitteilung von Sorgen und Befürchtungen von Patient*innen an Gesundheitspersonal nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II 143
Abbildung 45: Mittelwerte zur Mitteilung von Fragen und Wünschen von Patient*innen an Gesundheitspersonal nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II..... 143
Abbildung 46: Verteilung der Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I..... 144
Abbildung 47: Mittlere Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I..... 145
Abbildung 48: Mittelwerte zur Mitteilung von Sorgen und Befürchtungen von Patient*innen an Gesundheitspersonal im Vergleich zwischen C-RCT und VG I..... 147
Abbildung 49: Mittelwerte zur Mitteilung von Sorgen und Befürchtungen von Patient*innen an Gesundheitspersonal im Vergleich zwischen C-RCT und VG I..... 147
Abbildung 50: Verteilung der kommunikativen Gesundheitskompetenz von Patient*innen (HL-COM) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II 148
Abbildung 51: Mittlere kommunikative Gesundheitskompetenz von Patient*innen (HL-COM) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 149

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 52: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 151
Abbildung 53: Mittlere Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 152
Abbildung 54: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 152
Abbildung 55: Mittlere Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 153
Abbildung 56: Verteilung der Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II 154
Abbildung 57: Mittlere Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II 154
Abbildung 58: Verteilung der Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 155
Abbildung 59: Mittlere Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 156
Abbildung 60: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II 157
Abbildung 61: Mittlere Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II 157
Abbildung 62: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 158
Abbildung 63: Mittlere Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 159
Abbildung 64: Verteilung der Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 160
Abbildung 65: Mittlere Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 161
Abbildung 66: Verteilung der Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 162
Abbildung 67: Mittlere Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 162
Abbildung 68: Verteilung der Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen im Vergleich zwischen IG und VG II 163
Abbildung 69: Mittlere Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 164
Abbildung 70: Verteilung der Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 164
Abbildung 71: Mittlere Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß von Informationen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 165
Abbildung 72: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 166

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 73: Mittlere Zufriedenheit mit der Partizipation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 166
Abbildung 74: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 167
Abbildung 75: Mittlere Zufriedenheit mit der Partizipation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 168
Abbildung 76: Verteilung der Zufriedenheit bzgl. Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) im Vergleich zwischen IG und VG II 168
Abbildung 77: Mittlere Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 169
Abbildung 78:Verteilung der Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 170
Abbildung 79: Mittlere Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 171
Abbildung 80: Verteilung des Vertrauens von Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen nach Erhebungszeitpunkten im Vergleich zwischen IG und VG I 171
Abbildung 81: Mittleres Vertrauen der Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 172
Abbildung 82: Verteilung des Vertrauens von Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen nach Erhebungszeitpunkten im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 173
Abbildung 83: Mittleres Vertrauen der Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 173
Abbildung 84: Verteilung der eingeschätzten Behandlungsqualität von Patient*innen nach Erhebungszeitpunkten zwischen IG und VG II 174
Abbildung 85: Mittlere eingeschätzte Behandlungsqualität von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 175
Abbildung 86: Verteilung der eingeschätzten Behandlungsqualität von Patient*innen nach Erhebungszeitpunkten zwischen C-RCT und VG I 175
Abbildung 87: Mittlere eingeschätzte Behandlungsqualität von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 176
Abbildung 88: Verteilung der Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin (insgesamt) im Vergleich zwischen IG und VG II 177
Abbildung 89: Mittlere Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin (insgesamt) und 95%-Konfindenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 178
Abbildung 90: Verteilung der Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin (insgesamt) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 178
Abbildung 91: Mittlere Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin (insgesamt) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 179
Abbildung 92: Übersicht Stichprobe der Patienteninterviews in der IG 180
Abbildung 93: Oberkategorie „Reach“ und Unterkategorien der Patienteninterviews 180
Abbildung 94: Verteilung des Aufklärungsbedürfnisses im Vergleich zwischen IG und VG II 189
Abbildung 95: Mittleres Aufklärungsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 190
Abbildung 96: Verteilung des Partizipationsbedürfnisses im Vergleich zwischen IG und VG II 190

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 97: Mittleres Partizipationsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 191
Abbildung 98: Verteilung der Paternalismuspräferenz im Vergleich zwischen IG und VG II 192
Abbildung 99: Mittlere Paternalismuspräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 192
Abbildung 100: Verteilung der Selbsthilfepräferenz im Vergleich zwischen IG und VG II..... 193
Abbildung 101: Mittlere Selbsthilfepräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 193
Abbildung 102: Verteilung des Aufklärungsbedürfnisses im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 202
Abbildung 103: Mittleres Aufklärungsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 202
Abbildung 104: Verteilung des Partizipationsbedürfnisses im Vergleich zwischen C-RCT und VG I..... 203
Abbildung 105: Mittleres Partizipationsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 204
Abbildung 106: Verteilung der Paternalismuspräferenz im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 204
Abbildung 107: Mittlere Paternalismuspräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 205
Abbildung 108: Verteilung der Selbsthilfepräferenz im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 205
Abbildung 109: Mittlere Selbsthilfepräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 206
Abbildung 110: Oberkategorie „Reach“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 210
Abbildung 111: Oberkategorie „Effectiveness“ und Unterkategorien der Patienteninterviews 212
Abbildung 112: Oberkategorie „Effektivität" und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 215
Abbildung 113: eCRF Einrichtungsstatistik – Adoption..... 217
Abbildung 114: Charakterisierung der teilnehmenden Einrichtungen in der VG I auf Basis des eCRF 217
Abbildung 115: Charakterisierung der teilnehmenden Einrichtungen in der VG I auf Basis des eCRF II 218
Abbildung 116: Beispiel PICTOR-Abbildung: Beschreibung der Patientenversorgung aus Sicht von OC12 zu T2 260
Abbildung 117: Beispiel PICTOR-Abbildung: Beschreibung der Patientenversorgung aus Sicht von OC8 zu T2 261
Abbildung 118: Beispiel PICTOR-Abbildung: Beschreibung Implementierungsziele in der Patientenversorgung aus Sicht von OC12 zu T2 262
Abbildung 119: Oberkategorie "Adoption" und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 263
Abbildung 120: Dokumentierende*r mit Meldeberechtigung 264
Abbildung 121: Übersicht der qualitativen Expert*innen-Interviews nach Studienarm und Erhebungszeitpunkt..... 264
Abbildung 122: Beispielhaftes Miro-Board der IG zum Zeitpunkt T2, Quelle: Miro-Board T2, IG, K35..... 268

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 123: Beispielhaftes Miro-Board der IG zum Zeitpunkt T4, Quelle: Miro-Board T4, IG, K35 269
Abbildung 124: Beispielhaftes Miro-Board der VG II zum Zeitpunkt T4 270
Abbildung 125: Beispielhaftes Miro-Board der VG II zum Zeitpunkt T4 271
Abbildung 126: Oberkategorie „Adoption“ und Unterkategorien der Patienteninterviews. 272
Abbildung 127: eCRF Einrichtungsstatistik – Implementation 274
Abbildung 128: eCRF VG I – Patientenkontakte 275
Abbildung 129: eCRF VG I – Inhalt der Sprechstunde/des Arztkontaktes 276
Abbildung 130: eCRF VG I – Durchführungsart und Dauer der MFA-Gespräche 276
Abbildung 131: eCRF VG I – Palliative Expertise sowie Art und Art des Informationsaustauschs 277
Abbildung 132: eCRF VG I – Krankenhausaufenthalte sowie Art dessen und Therapieplanänderung 278
Abbildung 133: eCRF C-RCT – Coaching-Gespräche (OC) 278
Abbildung 134: eCRF C-RCT – Coaching-Gespräche (OC) II 279
Abbildung 135: eCRF C-RCT – Coaching-Gespräche (OC) III 280
Abbildung 136: eCRF C-RCT – Interprofessionelle Interaktion (OC) 281
Abbildung 137: eCRF C-RCT – Konsil mit KoPP (OC) 282
Abbildung 138: eCRF C-RCT – Sprechstunden/Arztkontakte (OC) 283
Abbildung 139: eCRF C-RCT – Krankenhausaufenthalte (OC) 283
Abbildung 140: eCRF C-RCT – Aggregierte Patientenstatistik 284
Abbildung 141: Dokumentation palliativpflegerischer Gespräche im eCRF (KoPP) 285
Abbildung 142: Merkmale der dokumentierten Erstgespräche im eCRF (KoPP) 286
Abbildung 143: Merkmale aller dokumentierten palliativpflegerischen Gespräche (Pflegekonsile) im eCRF (KoPP) 286
Abbildung 144: Dokumentierte Konsile zwischen KoPP und OC im eCRF (KoPP) 287
Abbildung 145: Art und Dauer dokumentierter Krankenhausaufenthalte im eCRF (KoPP) .. 288
Abbildung 146: Anteil der Patient*innen mit OC-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen IG und VG II 338
Abbildung 147: Anteil der Patient*innen in %, die mit dem OC alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen IG und VG II 338
Abbildung 148: Mittlere Summenwerte zur Einstellung gegenüber dem OC und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 339
Abbildung 149: Mittlere Summenwerte zur Zufriedenheit mit dem OC und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 340
Abbildung 150: Mittleres Vertrauen zum OC und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 341
Abbildung 151: Mittlere Einstellung zum KoPP-Angebot und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 342
Abbildung 152: Anteil der Patient*innen mit KoPP-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen IG und VG II 343
Abbildung 153: Anteil der Patient*innen in %, die mit der KoPP alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen IG und VG II 343
Abbildung 154: Mittlere Summenwerte zur Einstellung gegenüber der KoPP und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 344
Abbildung 155: Mittlere Summenwerte zur Zufriedenheit mit der KoPP und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 345

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 156: Mittleres Vertrauen zur KoPP und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 346
Abbildung 157: Anteil der Patient*innen, bei denen Wünsche und Lebenssituation berücksichtigt wurden, im Vergleich zwischen IG und VG II 346
Abbildung 158: Mittlere Zufriedenheit mit der onkologischen Betreuungssituation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II 347
Abbildung 159: Anteil der Patient*innen mit OC-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 348
Abbildung 160: Anteil Patient*innen in %, die mit dem OC alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 348
Abbildung 161: Anteil der Patient*innen mit KoPP-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 349
Abbildung 162: Anteil der Patient*innen in %, die mit der KoPP alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 350
Abbildung 163: Anteil der Patient*innen, bei denen Wünsche und Lebenssituation berücksichtigt wurden, im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 350
Abbildung 164: Mittlere Zufriedenheit mit der onkologischen Betreuungssituation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 351
Abbildung 165: Oberkategorie "Aufgaben der OCs" und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 353
Abbildung 166: Oberkategorie "Kompetenzen und Befugnisse“ der OCs und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 354
Abbildung 167: Oberkategorie "Fördernde Faktoren für die Umsetzung der OC Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 357
Abbildung 168: Oberkategorie "Hemmende Faktoren für die Umsetzung der OC Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 359
Abbildung 169: Oberkategorie "Palliativ Versorgende“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 360
Abbildung 170: Oberkategorie "Verständnis der OCs zur palliativen Versorgung“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 361
Abbildung 171: Oberkategorie "Zeitpunkt der palliativen Integration“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 362
Abbildung 172: Oberkategorie "Hemmende Faktoren der frühen palliativen Integration“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 363
Abbildung 173: Oberkategorie "Rolle (u.a. Aufgaben) der KoPP“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 363
Abbildung 174: Oberkategorie „Fördernde Faktoren in der Umsetzung der KoPP-Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 364
Abbildung 175: Oberkategorie „Hemmende Faktoren in der Umsetzung der KoPP-Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 366
Abbildung 176: Oberkategorie „Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Interaktion“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 368
Abbildung 177: Oberkategorie „Fördernde Faktoren für die interprofessionelle Interaktion“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 370
Abbildung 178: Oberkategorie „Wahrnehmung der Interaktion und Beziehungsgestaltung“ in der Kommunikation zwischen OncoCoaches und Onkolog*innen sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 371

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 179: Oberkategorie „Inhalte der Interaktion“ zwischen OncoCoaches und Onkolog*innen sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 371
Abbildung 180: Oberkategorie „Art der Kommunikation“ zwischen OncoCoaches und Onkolog*innen sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 372
Abbildung 181: Oberkategorie „Wahrnehmung der Interaktion und Beziehungsgestaltung“ in der Kommunikation zwischen OncoCoaches und KoPPs sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 373
Abbildung 182: Oberkategorie „Inhalte der Interaktion“ zwischen OncoCoaches und KoPPs sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 373
Abbildung 183: Oberkategorie „Art der Kommunikation“ zwischen OncoCoaches und KoPPs sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches 374
Abbildung 184: Oberkategorie „Implementation“ und Unterkategorien der Patienteninterviews 378
Abbildung 185: Ergebnisse der Interviews mit KoPPs zur nachhaltigen Fortführung der nVF 416
Abbildung 186: Oberkategorie „Maintenance“ und Unterkategorien der Patienteninterviews 422
Abbildung 187: Theory of Change unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse (ausführliche Legende in Anlage 15) 424
Abbildung 188 Stakeholder und Indikatoren Modell für die OnCoPaT- Intervention 427
Abbildung 189: Ergebnisse des Modells des SEIA für OnCoPaTh 434
Abbildung 190: Ergebnisse des Modells des SEIA für OnCoPaTh ohne Einbezug GKV und KoPP 436
Abbildung 191: Ergebnisse des Monte Carlo des SEIA für OnCoPaTh 437

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassende Darstellung der Datenquellen in OnCoPaTh 32
Tabelle 2: Dimensionen des RE-AIM Frameworks in Anlehnung an RE-AIM (2025b) 56
Tabelle 3: Deskriptive Beschreibung der Stichprobe (n = 184) 82
Tabelle 4: Krebsarten der Proband*innen (n = 184) 83
Tabelle 5: Anzahl der Krankenhausaufenthalte jeglicher Art pro Proband*in (n = 184) 84
Tabelle 6: Anzahl an Tagen mit Rettungsdiensttransporten pro Proband*in (n = 184) 86
Tabelle 7: Anteil palliativer ATC an allen relevanten ATC pro Proband*in (n = 184) 87
Tabelle 8: Therapiekosten pro Proband*in nach Leistungsbereichen (n = 184) 89
Tabelle 9: Gesamttherapiekosten pro Proband*in (n = 184) 89
Tabelle 10: Eigenschaften der Einrichtungen 91
Tabelle 11: Patienteneinschluss und Studienabbruch 94
Tabelle 12: Eigenschaften der eingeschlossenen Patient*innen (Einschlusspopulation) im Vergleich zwischen VG I und C-RCT 95
Tabelle 13: Eigenschaften der Patient*innen, die in der primären Analyse berücksichtigt wurden (ITT-Analysepopulation, Gruppenvergleich: IG vs. VG II) 98
Tabelle 14: Eigenschaften der eingeschlossenen Angehörigen Vergleich zwischen C-RCT vs. VG I 101

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 15: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 104
Tabelle 16: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T5 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 106
Tabelle 17: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II 107
Tabelle 18: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II 108
Tabelle 19: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 110
Tabelle 20: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T5 und LOCF in der Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 111
Tabelle 21: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG I 113
Tabelle 22: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I 114
Tabelle 23: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G) zum Zeitpunkt T2 in der Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II . 116
Tabelle 24: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G) zum Zeitpunkt T2 in der Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 118
Tabelle 25: Ergebnisse zu ungeplanten Krankenhausaufenthalten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 120
Tabelle 26: Ergebnisse zu Notaufnahme-Kontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 121
Tabelle 27: Ergebnisse zu Notdienstkontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 123
Tabelle 28: Ergebnisse zu ungeplanten Krankenhausaufenthalten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 124
Tabelle 29: Ergebnisse zu Notaufnahme-Kontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 126
*Tabelle 30: Ergebnisse zu Notdienstkontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 127*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 31: Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patient*innen (EQ-5D-5L) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 130
Tabelle 32: Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patient*innen (EQ-5D-5L) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 133
Tabelle 33: Ergebnisse zur Koordination der Versorgung von Patient*innen (CCI) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 136
Tabelle 34: Ergebnisse zur Koordination der Versorgung von Patient*innen (CCI) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 139
Tabelle 35: Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 142
Tabelle 36: Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I 146
Tabelle 37: Ergebnisse zur kommunikativen Gesundheitskompetenz von Patient*innen (HL-COM) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II 150
Tabelle 38: Soziodemografische Angaben der Patient*innen im Vergleich zwischen IG und VG II in der ITT-Analysepopulation 182
Tabelle 39: Angaben zum Informationsverhalten der Patient*innen im Vergleich zwischen IG und VG II in der ITT-Analysepopulation 186
Tabelle 40: Patientenangaben zur Inanspruchnahme von Krebsberatungsstellen im Vergleich zwischen IG und VG II in der ITT-Analysepopulation 187
Tabelle 41: Soziodemografische Angaben der Patient*innen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I in der der ITT-Analysepopulation 194
Tabelle 42: Angaben zum Informationsverhalten der Patient*innen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I in der ITT-Analysepopulation 198
Tabelle 43: Patientenangaben zur Inanspruchnahme von Krebsberatungsstellen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I in der ITT-Analysepopulation 200
Tabelle 44: Soziodemografische Angaben der Angehörigen im Vergleich zwischen VG I und C-RCT in der Gesamtpopulation 207
Tabelle 45: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt A 220
Tabelle 46: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt A 220
Tabelle 47: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt C 1 221
Tabelle 48: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt C 1 221
Tabelle 49: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt C 2 221
Tabelle 50: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt C 2 222
Tabelle 51: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt F 1 222
Tabelle 52: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt F 2 223
Tabelle 53: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt G 223
Tabelle 54: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt E 224
Tabelle 55: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt I 1 225
Tabelle 56: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt G 1 225
Tabelle 57: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt I 2 226
Tabelle 58: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt G 2 226

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 59: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 1 227
Tabelle 60: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 2 227
Tabelle 61: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 3 227
Tabelle 62: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 4 228
Tabelle 63: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt E 230
Tabelle 64: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt E 231
Tabelle 65: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt D 231
Tabelle 66: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 1 232
Tabelle 67: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 1 233
Tabelle 68: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt E 1 235
Tabelle 69: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 2 238
Tabelle 70: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 2 239
Tabelle 71: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt E 2 242
Tabelle 72: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 3 245
Tabelle 73: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 3 246
Tabelle 74: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt E 3 248
Tabelle 75: Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 5 251
Tabelle 76: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 5 252
Tabelle 77: Ergebnisse des ORIC „Commitment“ zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP 258
Tabelle 78: Ergebnisse des ORIC „Commitment“ zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP 258
Tabelle 79: Ergebnisse des ORIC „Commitment“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 258
Tabelle 80: Ergebnisse des ORIC „Wirksamkeit“ zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP 259
Tabelle 81: Ergebnisse des ORIC „Wirksamkeit“ zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP 259
Tabelle 82: Ergebnisse des ORIC „Wirksamkeit“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 259
Tabelle 83: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt B 2 289
Tabelle 84: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt B 2 289
Tabelle 85: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt B 6 290
Tabelle 86: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt B 6 291
Tabelle 87: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt B 7 291
Tabelle 88: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt B 7 292
Tabelle 89: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt D 292
Tabelle 90: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt E 1 293
Tabelle 91: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt D 1 293
Tabelle 92: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt E 2 293
Tabelle 93: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt D 2 294
Tabelle 94: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt H 1 294
Tabelle 95: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt F 1 294
Tabelle 96: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt H 2 295
Tabelle 97: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt F 2 295
Tabelle 98: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt A 296
Tabelle 99: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt G 297
Tabelle 100: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt B 298
Tabelle 101: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt B 300
Tabelle 102: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt A 302
Tabelle 103: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt C 1 305
Tabelle 104: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt C 1 306
Tabelle 105: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt B 1 306

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 106: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt C 2 306
Tabelle 107: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt C 2 307
Tabelle 108: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt B 2 307
Tabelle 109: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt D 1 308
Tabelle 110: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt D 1 308
Tabelle 111: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt C 1 308
Tabelle 112: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt D 4 310
Tabelle 113: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt D 5 310
Tabelle 114: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt C 4 310
Tabelle 115: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt D 5 311
Tabelle 116: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt D 6 311
Tabelle 117: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt C 5 312
Tabelle 118: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 2 313
Tabelle 119: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 2 314
Tabelle 120: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 3 314
Tabelle 121: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 3 314
Tabelle 122: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 4 315
Tabelle 123: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 4 315
Tabelle 124: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 5 315
Tabelle 125: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 5 316
Tabelle 126: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 6 316
Tabelle 127: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 6 316
Tabelle 128: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 7 317
Tabelle 129: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 7 317
Tabelle 130: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 8 317
Tabelle 131: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 8 318
Tabelle 132: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 9 318
Tabelle 133: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 9 318
Tabelle 134: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt H 1 319
Tabelle 135: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt H 2 319
Tabelle 136: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt H 3 320
Tabelle 137: Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt I 321
Tabelle 138: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T0 - KoPP 325
Tabelle 139: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T1 - KoPP 325
Tabelle 140: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T1 (online) - KoPP 325
Tabelle 141: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T2 - KoPP 325
Tabelle 142: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP 326
Tabelle 143: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP 326
Tabelle 144: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 326
Tabelle 145: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T0 - KoPP 327
Tabelle 146: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T1 - KoPP 328
Tabelle 147: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T1 (online) - KoPP 328
Tabelle 148: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T2 - KoPP 328

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 149: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP 328
Tabelle 150: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP 329
Tabelle 151: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 329
Tabelle 152: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T0 - KoPP 329
Tabelle 153: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T1 - KoPP 329
Tabelle 154: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T1 (online) - KoPP 330
Tabelle 155: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T2 - KoPP 330
Tabelle 156: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP 330
Tabelle 157: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP 330
Tabelle 158: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 331
Tabelle 159: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 1 398
Tabelle 160: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 2 398
Tabelle 161: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 3 399
Tabelle 162: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 4 399
Tabelle 163: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt J 400
Tabelle 164: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt J 1 400
Tabelle 165: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt J 2 401
Tabelle 166: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 2 404
Tabelle 167: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 3 404
Tabelle 168: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 4 405
Tabelle 169: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 5 405
Tabelle 170: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 1 405
Tabelle 171: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 2 406
Tabelle 172: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 3 406
Tabelle 173: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 4 407
Tabelle 174: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt L 1 407
Tabelle 175: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt L 2 408
Tabelle 176: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt M 408
Tabelle 177: Ergebnisse des G-NoMAD „coherence“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 412
Tabelle 178: Ergebnisse des G-NoMAD „cognitive participation“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 412
Tabelle 179: Ergebnisse des G-NoMAD „collective action“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 413
Tabelle 180: Ergebnisse des G-NoMAD „reflexive monitoring“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP 413
Tabelle 181 Kosten- und Nutzenindikatoren SEIA und verwendete Datenquellen 429
Tabelle 182 Von der SEIA-Modellierung nachträglich ausgeschlossene Indikatoren 430

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 183: Joint Display – Dimension Reach 448
Tabelle 184: Joint Display – Dimension Effectiveness 454
Tabelle 185: Joint Display – Dimension Adoption 459
Tabelle 186: Joint Display – Dimension Implementation 469
Tabelle 187: Joint Display – Dimension Maintenance 485

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1 Ziele der Evaluation

Die Inzidenz von Krebserkrankungen ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen, bedingt durch den demografischen Wandel und Lebensstilfaktoren (Barnes et al., 2016). Gleichzeitig hat sich die Überlebenswahrscheinlichkeit deutlich verbessert, was unter anderem mit der wachsenden Zahl neuer, auch oraler Therapien zusammenhängt (Riese et al., 2017). Die Versorgung onkologischer Patient*innen ist dadurch komplexer geworden und erfordert neue Handlungsempfehlungen sowie innovative Versorgungsformen. Der Nationale Krebsplan betont dabei die Stärkung der individuellen Entscheidungsfähigkeit, die Organisation alltagsbegleitender Unterstützung sowie die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Zudem werden eine enge Vernetzung der beteiligten Fachkräfte und die frühzeitige Integration palliativer Expertise bei metastasierten Tumorerkrankungen und/oder hoher Symptomlast empfohlen (Barnes et al., 2016; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2010; Klafke et al., 2024; McGuier et al., 2024; Smith et al., 2012; Temel et al., 2024).

Fortschritte in Diagnostik und Therapie verbessern somit die Prognose und Lebensqualität, erhöhen aber auch die Anforderungen an das Versorgungssystem (Riese et al., 2017; Welslau & Tesch, 2022). Insbesondere die Behandlung unheilbarer Tumorerkrankungen erfordert differenzierte Therapieentscheidungen, ein intensives Nebenwirkungsmanagement und eine enge interdisziplinäre Koordination (Doyle et al., 2024; McElduff et al., 2004). Für Patient*innen entstehen dadurch Chancen in Form erweiterter Partizipation, zugleich aber auch Belastungen wie Entscheidungsdruck, Unsicherheit und ein erhöhten Bedarf an kontinuierlicher Unterstützung (Miniotti et al., 2024; Welslau & Tesch, 2022).

Der damit verbundene Unterstützungsbedarf wird unter dem Konzept der „Supportive Care Needs“ beschrieben, das physische, emotionale, soziale und praktische Dimensionen umfasst (Doyle et al., 2024; Miniotti et al., 2024). Studien zeigen, dass insbesondere Patient*innen mit unheilbarer Erkrankung häufig Versorgungslücken erleben (Riese et al., 2017). Unzureichende Beratung kann die Krankheitsbewältigung erschweren, zu Krisensituationen, vermeidbaren Krankenhauseinweisungen oder unerwünschten medizinischen Maßnahmen in der letzten Lebensphase führen und sich damit negativ auf Lebensqualität, Autonomie und Kosten auswirken (Riese et al., 2017; Smith S et al., 2014; Temel et al., 2024).

Als Lösungsansatz werden patientenzentrierte Versorgungsmodelle diskutiert (Hart et al., 2022; McElduff et al., 2004; Wang et al., 2018). Neben digitalen Angeboten stehen vor allem personenbezogene und teambasierte Interventionen im Fokus. Besonders wirksam sind Beratungs- und Coaching-Angebote durch speziell geschultes Fachpersonal sowie die frühzeitige Integration palliativer Expertise (Barakat et al., 2018; Riese et al., 2017; Waldman et al., 2023; Wood et al., 2023). Internationale Fachgesellschaften empfehlen deshalb, Patient*innen mit fortgeschrittener Erkrankung frühzeitig palliativmedizinisch zu begleiten (Temel et al., 2010). Auch nationale Initiativen unterstreichen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Integration, die in etablierten Modellen bereits innerhalb weniger Wochen nach der Diagnosestellung erfolgt (Smith et al., 2012). Hindernisse bestehen jedoch fort, von kulturellen Barrieren wie der Gleichsetzung von Palliativversorgung mit Hoffnungslosigkeit (Klinger et al., 2014) über Skepsis gegenüber interdisziplinären Teams (Lordick & van Oorschot, 2012) bis hin zu fehlenden Abrechnungsstrukturen.

Vor diesem Hintergrund verfolgte das Projekt das Ziel, mit OncoCoach (OC) und einer kooperierender konsiliartätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP) ein multiprofessionelles

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Betreuungssystem zu etablieren, das bestehende Versorgungslücken schließt, palliative Expertise frühzeitig integriert und Potenzial für die Regelversorgung bietet.

Die Untersuchung verfolgt zwei zentrale Fragestellungen. In **der ersten primären Fragestellung** wird geprüft, ob die neue multiprofessionelle Versorgungsform im Vergleich zur Regel- und erweiterten Regelversorgung (OncoCoach) wirksam ist, Krankenhausaufnahmen zu reduzieren. Grundlage dieser Hypothese ist die Annahme, dass Patient*innen, die besser informiert und begleitet werden, vermeintliche Notfallsituationen seltener als akut wahrnehmen und folglich Rettungsdienste, Notaufnahmen und stationäre Aufnahmen weniger häufig in Anspruch nehmen. Ergänzend werden Indikatoren wie die Häufigkeit von Rettungsdiensteinsätzen, der Einsatz tumorspezifischer Therapien am Lebensende, die Inanspruchnahme palliativer Leistungen sowie gesundheitsökonomische Effekte analysiert.

Die **zweite primäre Fragestellung** richtet den Fokus auf die Patientenperspektive. Hier wird untersucht, ob die Intervention den empfundenen Unterstützungs- und Informationsbedarf verringert. Erwartet wird, dass Patient*innen der Interventionsgruppe im Vergleich zu beiden Kontrollgruppen signifikant geringere ungedeckte Bedarfe angeben. Sekundär werden Aspekte wie Angehörigenbelastung, Empowerment, Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Versorgung sowie organisationale Faktoren, wie etwa die interprofessionelle Zusammenarbeit, die organisationale Gesundheitskompetenz und die Kontinuität der Versorgung, berücksichtigt.

2 Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1 Allgemeine Beschreibung

Zur Evaluation der neuen Versorgungsform wurde eine Cluster-randomisierte kontrollierte Studie (C-RCT) mit einer vorgelagerten Beobachtungskohorte zur Beobachtung der Regelversorgung (Vergleichsgruppe I (VG I)) durchgeführt. Onkologische Einrichtungen dienten dabei als Cluster- und Randomisierungseinheiten.

Das Studiendesign umfasste damit drei Gruppen:

- Vergleichsgruppe I (VG I): Beobachtung der bestehenden Regelversorgung
- Interventionsgruppe (IG): Strukturierte Einführung der neuen Versorgungsform mit gezielten Implementierungsstrategien
- Vergleichsgruppe II (VG II): Eigenständig durch die Einrichtungen organisierte Implementierung der neuen Versorgungsform ohne zusätzliche Unterstützung (erweiterte Regelversorgung)

Für die C-RCT-Phase wurden die teilnehmenden Einrichtungen kovariaten-stratifiziert randomisiert und im Verhältnis 1:1 der IG und der VG II zugeteilt.

Die C-RCT ermöglichte den Vergleich zwischen strukturierter Implementierung (IG) und eigenständiger Implementierung ohne zusätzliche Hilfen (VG II). Zusätzlich konnte die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform insgesamt (IG + VG II kombiniert) mit der bestehenden Regelversorgung (VG I) überprüft werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studienverlauf und Zeitplan

Das Projekt startete am 01.01.2020. Zunächst wurden hessische onkologische Einrichtungen für die Teilnahme rekrutiert. Da die ursprünglich geplante regionale Begrenzung auf Hessen nicht ausreichte, um die angestrebten Fallzahlen zu erreichen, wurde die Rekrutierung auf das gesamte Bundesgebiet ausgeweitet. Dies führte zu einer zweimonatigen Verzögerung des Studienstarts.

Die Studie gliederte sich in folgende Phasen:

1. VG I (Oktober 2020 - März 2023):
    - Patientenrekrutierung: Oktober 2020 bis November 2021 (14 Monate)
    - Follow-up: bis Mai 2023 (18 Monate pro Patient*in)
2. Implementierungsphase: August 2021 - November 2022 (2 Monate)
3. C-RCT-Phase (Oktober/Dezember 2021 - März 2024):
    - Patientenrekrutierung: Oktober/Dezember 2021 bis Dezember 2022 (13-14 Monate)
    - Follow-up: bis März 2024

Ziel war es, je Einrichtung etwa 20 Patient*innen der VG I und 40 Patient*innen der C-RCT-Phase einzuschließen. Die ursprünglich für 6 Monate geplante Rekrutierungsdauer musste aufgrund von Rekrutierungsherausforderungen um 8 Monate verlängert werden.

Aufgrund der begrenzten Gesamtstudienzeit konnten Patient*innen, die nach dem 30.09.2022 in die C-RCT eingeschlossen wurden, nicht mehr über die vollen 18 Monate beobachtet werden. Je nach Einschlussdatum betrug die Beobachtungszeit zwischen 15 und 17 Monaten.

Der reale Studienverlauf ist in Abbildung 1 dargestellt, ein detaillierter Zeitstrahl ist in Anlage 1 aufgeführt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

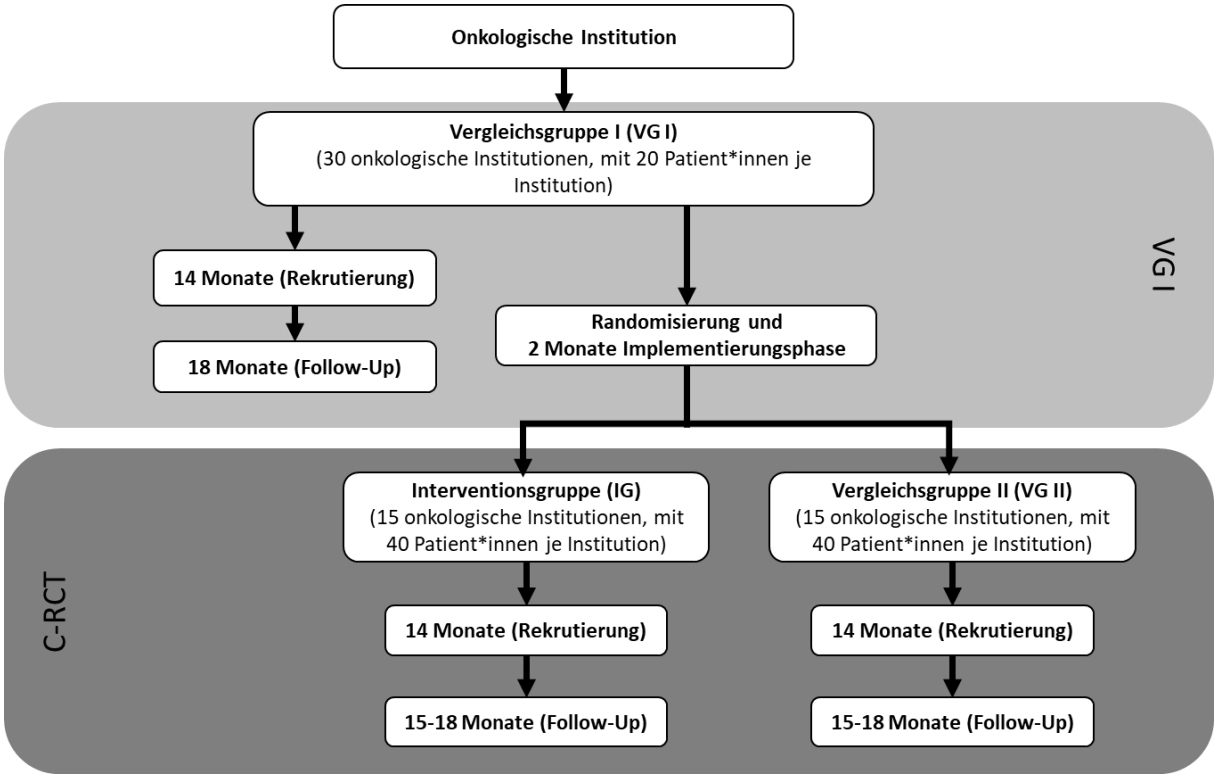


Abbildung 1: Darstellung des Studiendesigns inklusive Vergleichsgruppen und geplanter Fallzahl

Registrierung und Ethikvotum

Die Studie wurde vor dem Start der C-RCT, am 05.11.2020 im Deutschen Register Klinischer Studien (ID: DRKS00023255) registriert (Deutsches Register Klinischer Studien, 2024). Ein positives Erstvotum wurde am 15.09.2020 von der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen ausgesprochen (2020-1715-evBO). Positive Zweitvoten wurden durch die zuständigen Ethik-Kommissionen, die für die onkologischen Einrichtungen aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz zuständig waren, eingeholt.

2.2 Setting und Studienpopulation

2.2.1 Studiensetting

Die OnCoPaTh-Studie wurde im Zeitraum von Oktober 2020 bis März 2024 in onkologischen Einrichtungen deutschlandweit durchgeführt. Die teilnehmenden Versorgungseinrichtungen umfassten niedergelassene Praxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Klinikambulanzen. Die Studie fand ausschließlich im ambulanten Setting der onkologischen Versorgung statt. Die Auswahl der Versorgungseinrichtungen erfolgte auf Grundlage definierter Einschlusskriterien (siehe Kapitel 2.2.2)

Im Fokus der Studie stand die ambulante Versorgung von Patient*innen mit verschiedenen nicht heilbaren Krebsarten, z. B. metastasierter Lungen-, Pankreas-, oder Brustkrebs. Dies bedeutet, dass die Therapie der Patient*innen überwiegend ambulant stattfand, Patient*innen jedoch beispielsweise bei Komplikationen stationär versorgt wurden. Im Studiensetting befinden sich Patient*innen zwischen einem kurativen Behandlungsziel, einer chronischen oder palliativen Versorgung. Die Krankheitsverläufe erhalten durch diese

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Therapieansätze einen chronischen Charakter und sind mit längeren Überlebenszeiten verbunden (Bishop et al., 2015; Buiting et al., 2023). Es kann angenommen werden, dass die Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung mit psychischen Belastungen für Patient*innen und ihre Angehörigen einhergeht und Versorgungsprozesse prägt (Buiting et al., 2019; Kolsteren et al., 2021).

Diese Gegebenheiten wurden in der Studienplanung und -umsetzung berücksichtigt. Daher wurde ein Follow-up-Zeitraum von 18 Monaten gewählt, um krankheitsbezogene Endpunkte sowie potenzielle Effekte der Intervention über den gesamten Studienverlauf hinweg adäquat abbilden zu können. Zudem wurde sowohl auf Ebene der Patient*innen (bedingt durch Krankheitsprogression, psychische Belastung oder Tod) als auch auf Ebene der Einrichtungen (etwa durch personelle oder organisatorische Veränderungen) mit einer hohen Drop-out-Rate gerechnet (siehe Kapitel 2.7.2.4). Die Beobachtung der Patientenpopulation erfolgte mittels Fragebogen.

Das Studiensetting wurde zudem durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und den Fachkräfte- und Ärztemangel geprägt. Die Pandemie sowie personelle Engpässe führten in einigen Einrichtungen zu eingeschränkten zeitlichen und strukturellen Ressourcen. Diese Bedingungen wirkten sich unmittelbar auf die Versorgung und die Studienumsetzung aus. So wurden die Rekrutierungszeiträume verlängert, da sich der Zugang zu geeigneten Patient*innen im Versorgungsalltag als herausfordernd erwies. In der Folge wurde auch die gesamte Studienlaufzeit angepasst, um trotz dieser Hürden eine ausreichende Fallzahl und belastbare Datengrundlage sicherzustellen.

2.2.2 Teilnehmende Organisationen

Einschlusskriterien auf Organisationsebene waren:

- onkologische Institutionen, welche mindestens eine ihrer Fachkräfte (Pflegefachkräfte/MFA) für die Basisschulung zum OncoCoach freistellten oder bereits über Mitarbeitende mit dieser Qualifikation verfügten
- Bereitschaft der onkologischen Institutionen, über die Projektdauer mind. eine Fachkraft für ca. 5h pro Woche für OncoCoach-Tätigkeiten abzustellen
- Einen abgetrennten Raum für die Gespräche in den onkologischen Institutionen, der während des normalen Praxisbetriebes verfügbar sein musste.

Es wurden onkologische Institutionen dreier Arten rekrutiert: niedergelassene Praxen, Klinikambulanzen und MVZs. Auf Organisationsebene bildeten diese rekrutierten Versorgungseinrichtungen die Cluster der C-RCT, welche randomisiert wurden.

2.2.3 Studienteilnehmende

<u>Patient*innen</u>
Einschlusskriterien auf Patientenebene waren:

- volljährig
- gesetzlich versichert
- voll entscheidungsfähig
- Diagnose solider Tumor mit neu diagnostizierten Fernmetastasen, bei denen noch keine palliativmedizinische Behandlung begonnen wurde

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusätzlich mussten Patient*innen ihr Einverständnis in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung abgeben.

Angehörige

Als Angehörige wurden Personen befragt, die mit den teilnehmenden Patient*innen zusammenleben, sie im Alltag unterstützten oder gegebenenfalls in die Pflege eingebunden waren. Diese Person konnte ein Verwandter, ein Freund oder die*der Partner*in sein. Wichtig war, dass diese Person aus dem engeren Umfeld der Patient*innen stammte und einen Einblick in die Krebsbehandlung hatte.
Die Auswahl dieser Personen erfolgte durch die teilnehmenden Patient*innen, indem sie die ihnen zugesendeten Unterlagen (Angehörigen-Fragebogen sowie Informations- und Einwilligungsunterlagen) an die jeweilige Person weiterleiteten.

Gesundheitspersonal

Zur Teilnahme an der Studie wurden ausgebildete OncoCoaches und KoPPs eingeladen. Dies bedeutet, dass die MFAs bzw. Pflegekräfte der beteiligten onkologischen Institutionen eingeschlossen wurden, wenn sie die Weiterbildung zum OncoCoach über den Arbeitskreis klinischer Studien e. V. (AKS) oder andere Anbieter mit vergleichbarem Schulungsangebot absolvierten. Palliative Pflegefachpersonen wurden eingeschlossen, wenn sie die Schulung zur KoPP absolviert hatten. Diese Schulung wurde durch den Fachverband SAPV Hessen e. V. durchgeführt.

2.3 Rekrutierung

2.3.1 Rekrutierung Organisationsebene

Die onkologischen Institutionen wurden über die Netzwerke des Wissenschaftliches Instituts der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH (WINHO) und des Berufsverbandes der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e. V. (BNHO) sowie über dessen hessischen Regionalverband rekrutiert. Darüber hinaus erfolgte eine Ansprache von Klinikambulanzen über das Universitäre Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt (UCT) und das Netzwerk des Hessischen Onkologiekonzepts sowie bei Bedarf eine persönliche Ansprache von Praxen durch den AKS und DMMP, eine Infoveranstaltung zum OncoCoach in der Region sowie Informationen zum Projekt im Rahmen laufender OncoCoach-Ausbildungskurse.

2.3.2 Rekrutierung Studienteilnehmende

Patient*innen

Die Rekrutierung von Patient*innen erfolgte in den teilnehmenden onkologischen Einrichtungen durch die behandelnden Onkolog*innen und das Gesundheitspersonal. Zunächst wurden alle Patient*innen prospektiv anhand der definierten Einschlusskriterien durch das Gesundheitspersonal oder die Onkolog*innen in den jeweiligen Rekrutierungszeiträumen identifiziert. Aufklärung und konsekutive Einschreibung erfolgten durch die behandelnden Onkolog*innen. In der Studie wurden alle Patient*innen berücksichtigt, die der Routinedatennutzung und/oder der Studienteilnahme zugestimmt haben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Angehörige

Die Rekrutierung der Angehörigen erfolgte über die teilnehmenden Patient*innen. Patient*innen, die einen Fragebogen zum Zeitpunkt T2 zurückschickten, wurde ein Angehörigen-Fragebogen sowie Informations- und Einwilligungsunterlagen zugesendet. Sie wurden im Anschreiben gebeten, diese Unterlagen an eine Person weiterzuleiten, die sie gemäß der Definition als Angehörige*n bezeichneten. Die Patient*innen konnten somit entscheiden, ob sie damit einverstanden waren, dass ihre Angehörigen an der Studie teilnahmen und bestimmten damit die Zielperson. In der Studie wurden alle Angehörigen berücksichtigt, die der Studienteilnahme zustimmten.

Gesundheitspersonal

Im ersten Schritt wählten die teilnehmenden onkologischen Einrichtungen mindestens eine MFA oder Pflegekraft aus, die im Rahmen der Studie zum OncoCoach ausgebildet wurde. Im zweiten Schritt wurden alle Fachkräfte, die zur OncoCoach-Schulung angemeldet waren, zur Studienteilnahme eingeladen. Zudem wurden OncoCoaches zur Studienteilnahme eingeladen, die bereits zuvor geschult worden waren und in den teilnehmenden onkologischen Einrichtungen als OncoCoach im Rahmen der Studie tätig waren. Die Einladung zur Studie erfolgte für einen besseren Zugang zur Zielpopulation über den AKS. In der Studie wurden alle OncoCoaches berücksichtigt, die der Studienteilnahme zustimmten.

KoPP

Die Rekrutierung erfolgte über die Projektpartner des SAPV-Fachverbandes Hessen e. V. Zur Ansprache potenzieller Teilnehmender wurden verschiedene Einrichtungen einbezogen, darunter SAPV-Teams, Palliativstationen, Palliativpflegedienste (aus Nordrhein-Westfalen), stationäre Hospize sowie ambulante Hospizdienste. Die Kontaktaufnahme erfolgte persönlich, telefonisch, per E-Mail sowie über die jeweiligen Organisationen.

2.4 Randomisierung und Verblindung

Die Randomisierung fand auf Ebene der onkologischen Einrichtungen statt. Insgesamt wurden 29 Einrichtungen im Verhältnis 1:1 in die IG und VG II randomisiert. Die Randomisierung erfolgte unter Verwendung des Programms MinimPy, das eine minimierende Randomisierung unter Berücksichtigung vordefinierter Kovariablen ermöglicht (Saghaei & Saghaei, 2011). Ziel war eine möglichst ausgewogene Verteilung relevanter struktureller Merkmale zwischen den beiden Studiengruppen. Hierzu wurden drei Kovariablen in den Randomisierungsalgorithmus einbezogen:

- Einrichtungsart (niedergelassene Praxis, MVZ, Klinikambulanz)
- Bundesland
- Einrichtung im Einzugsgebiet der AOK Hessen (ja/nein)

Die Verwendung dieser Kovariablen trug dazu bei, eine ausgewogene Balance zwischen der IG und der VG II in Bezug auf zentrale Kontextfaktoren sicherzustellen, was für die Umsetzung der Analysen auf Basis von Routinedaten von Relevanz war.

Die Randomisierung wurde von Mitarbeitenden der Bergischen Universität Wuppertal durchgeführt, die gegenüber den onkologischen Einrichtungen verblindet waren.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Gruppenzuordnung wurde im Juli 2021 der Projektkoordination mitgeteilt und anschließend an die teilnehmenden onkologischen Einrichtungen kommuniziert. Durch die Art der Intervention waren weder die onkologischen Einrichtungen und Patient*innen noch das Studienteam verblindet. Eine Verblindung der Studienmitarbeitenden gegenüber der Gruppenzuteilung auf Ebene der Primär- und Sekundärdatenanalyse konnte jedoch beibehalten werden.

2.5 Intervention und Kontrolle

Im Rahmen der Studie wurden drei Gruppen untersucht. In der ersten Projektphase wurde die Regelversorgung beobachtet (VG I). In der anschließenden C-RCT-Phase wurden zwei weitere Studiengruppen beobachtet: Eine Gruppe mit erweiterter Regelversorgung (VG II) sowie eine IG.

Die nachfolgenden Abschnitte beschreiben die spezifischen Interventionselemente und Implementierungsstrategien, mit denen die Versorgung der Patient*innen in der IG ergänzt und umgesetzt wurde, sowie die jeweiligen Versorgungsbedingungen in den beiden Vergleichsgruppen.

2.5.1 Interventionsgruppe

In der IG fand mit der Implementierung von OncoCoaching und früher palliativer Integration eine interprofessionelle und patientenzentrierte Versorgung statt. Zur Umsetzung in der Versorgung der Patient*innen wurden folgende Interventionselemente definiert:

Curriculum OncoCoach: OncoCoaches (OCs) übernahmen von Onkolog*innen delegierte Tätigkeiten in der Betreuung der Patient*innen, um Onkolog*innen zu entlasten. Patient*innen sowie deren Angehörige erhielten ein Erstgespräch und bei Bedarf Folgegespräche mit dem OC. Dabei sollten die Angehörigen, wenn möglich, eingebunden werden. Während des Coachings beurteilten die OCs den Gesundheitszustand der Patient*innen sowie deren Informations- und Unterstützungsbedarf auf der Grundlage der OC-Ausbildung und des Gesprächsleitfadens. Die Patient*innen erhielten Informationen über ihren Therapieablauf, ihre Medikation, das Notfallmanagement und alternative Behandlungsmethoden sowie Zugang zur Wissensdatenbank über Komplementäre und Alternative Medizin (KAM-Datenbank) zur Selbstschulung und Informationen über das KoPP-Angebot. Zudem erfassten OCs eine kurze Sozialanamnese sowie den psychischen und physischen Gesundheitsstatus der Patient*innen. Sie sprachen je nach Tumorentität und Alter der Patient*innen die Themen Ernährung, Stomaversorgung und Kinderwunsch an. Die OCs standen den Patient*innen und ihren Angehörigen als niedrigschwellige Ansprechperson bei Problemen oder für Fragen zur Verfügung.

Curriculum konsiliartätige Pflegefachpersonen: Patient*innen sowie deren Angehörige erhielten von konsiliartätigen Pflegefachpersonen (KoPPs) Erst- und Folgekonsultationen bei Bedarf und nach Wunsch. Während der Konsultation ermittelten die KoPPs die Lebenssituation, die Wünsche sowie den Informations- und Unterstützungsbedarf der Patient*innen aus Palliativpflegeperspektive. Dabei bedienten sich die KoPPs ihrer beruflichen Ausbildung, Berufserfahrung, der KoPP-Schulung und eines Gesprächsleitfadens. So erhielten Patient*innen und ihre Angehörigen Informationen, Unterstützung und Aufklärung, z. B. über Symptommanagement, Bewältigungsstrategien oder das Verständnis der Diagnose, um ihre

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Unabhängigkeit und Gesundheitskompetenz zu fördern. Die KoPPs standen den Patient*innen und ihren Angehörigen als niedrigschwellige Ansprechperson bei Problemen oder für Fragen zur Verfügung.

Interprofessionelle Interaktion zwischen OC und Onkolog*innen: Mit der Implementierung der Rolle der OCs wurden neue Schnittstellen in der interprofessionellen Kommunikation geschaffen, die eine Basis für multidisziplinäre Teams bildeten. Die OCs übernahmen delegierte Tätigkeiten der Onkolog*innen, was eine kontinuierliche Abstimmung zwischen beiden Berufsgruppen, insbesondere bezüglich der Koordination und Überwachung der OC-Tätigkeit, erforderlich machte. Darüber hinaus war die Zusammenarbeit als interprofessionelles Behandlerteam vorgesehen. Ein zentraler Aspekt dieser Interaktion bestand im systematischen Austausch patientenbezogener Informationen. So übermittelten OCs beispielsweise Erkenntnisse zur häuslichen Lebenssituation oder zu individuellen Bedürfnissen der Patient*innen, die sie im Rahmen ihrer Gespräche erhoben hatten, an die Onkolog*innen. Ziel war es, diese Informationen in die medizinische Entscheidungsfindung einzubeziehen. Die Kommunikation erfolgte sowohl vor als auch nach den OC-Gesprächen, um ein gemeinsames Verständnis über Versorgungsziele und -bedarfe zu entwickeln. Während die medizinische Führungsverantwortung bei den Onkolog*innen verblieb, leisteten OCs einen entscheidenden Beitrag zur Integration der Patientenperspektive in den Behandlungsprozess.

Interprofessionelle Interaktion zwischen OC und KoPP: Mit der Einführung der Rollen von OC und KoPP ergaben sich neue Kommunikationsschnittstellen in der Zusammenarbeit der Professionen, die eine Basis für multidisziplinäre Teams bildeten. Um Erkenntnisse aus palliativmedizinischen Gesprächen in die onkologische Versorgung zu integrieren und umgekehrt relevante Informationen aus den OC-Gesprächen in die KoPP-Gespräche einfließen zu lassen, war eine enge interprofessionelle Abstimmung zwischen OC und KoPP erforderlich. Die Kommunikation erfolgte sowohl vor als auch nach den KoPP-Gesprächen, um ein gemeinsames Verständnis über Versorgungsziele und -bedarfe zu entwickeln. Die Zusammenarbeit erfolgte kooperativ und zielgerichtet, um auch das häusliche Setting in einer patientenzentrierten Versorgung zu berücksichtigen, wobei die übergeordnete medizinische Verantwortung bei den jeweiligen Onkolog*innen verblieb.

Zusammenfassung von KAM-Informationen: Komplementär- und Alternativmedizin (KAM) sind nicht konventionelle Verfahren, die ergänzend oder anstelle der Schulmedizin eingesetzt werden. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche wurden KAM-Verfahren für die Zielgruppen der Studie zusammengefasst. Berücksichtigt wurden die KAM-Verfahren, die von Krebspatient*innen in Deutschland am häufigsten genutzt wurden. Dazu gehörten die folgenden Themen: Vitamine, sekundäre Pflanzenstoffe, Phytotherapeutika, alternative Medizin, holistische Systeme, Mind-Body-Therapien und Krebsdiäten. Die KAM-Informationen wurden für OCs und KoPPs entwickelt, um ihnen das Selbststudium zu erleichtern. Die KoPPs und OCs waren dann in der Lage, Patient*innen über KAM zu informieren und ihnen den Zugang zu Informationen über KAM in verständlicher Sprache und Struktur zu ermöglichen.

Aus diesen Interventionselementen setzte sich der OnCoPaTh-Behandlungspfad zusammen. Ziel war es, dass alle Patient*innen regelmäßig durch OCs, KoPPs und Onkolog*innen betreut werden und die Professionen interagieren, um eine patientenzentrierte und interprofessionelle Versorgung zu ermöglichen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Einführung der Interventionselemente wurde mithilfe der folgenden Implementierungsstrategien begleitet:

Konsiliartätige Pflegefachperson (KoPP) Schulung: Die palliativen Pflegefachpersonen wurden zu KoPPs ausgebildet. Damit waren KoPPs spezialisierte palliative Pflegefachpersonen, die Patient*innen mit nicht heilbarer Krebserkrankung im häuslichen Umfeld in Form einer Konsiliartätigkeit im Rahmen der onkologischen Versorgung betreuten. Im Mittelpunkt der KoPP-Schulung standen das Rollenprofil der KoPP und deren Aufgaben. Elemente der frühen palliativen Integration waren u.a. die Auseinandersetzung mit den Wünschen am Lebensende nach dem Fünf-Wünsche-Konzept. Das Profil einschließlich der Ausbildungsinhalte für KoPPs wurde vom Fachverband SAPV Hessen e. V. in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis klinischer Studien e. V. (AKS) entwickelt.

KoPP-Qualitätszirkel: Die Qualitätszirkel wurden vom Fachverband SAPV Hessen geleitet und dienten dem Informationsaustausch zwischen KoPPs und der Weiterentwicklung des KoPP-Konzepts. Die regelmäßigen Treffen boten die Möglichkeit, Probleme bei der Umsetzung der Intervention zu diskutieren und entsprechende Lösungen zu finden. Die OCs waren eingeladen, sich an dem Austausch zu beteiligen.

OncoCoach (OC) Schulung: Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte erhielten in der Schulung Kenntnisse über onkologische Therapien, zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Patient*innen, zum angemessenen Umgang mit den Patient*innen entsprechend deren psychischem Status und zu den Aufgaben, die OCs in Form von Delegation übernehmen können. Das Profil einschließlich der Ausbildungsinhalte für OCs wurde vom AKS entwickelt. Zudem übernahm der AKS die OC-Ausbildung.

KoPP-Flyer: Der Flyer fasste die Informationen über das KoPP-Angebot zusammen und beschrieb den Zweck und die Vorteile einer frühzeitigen Integration in die Palliativversorgung und deren Elemente. Der Flyer unterstützte OCs dabei, Patient*innen das Angebot von Gesprächen mit KoPPs zu unterbreiten und war in einer leicht verständlichen Sprache verfasst. Die Inhalte des Flyers wurden vom Fachverband SAPV Hessen e. V. erstellt und über einen Dienstleister graphisch aufbereitet.

OnCoPaTh-App: Die App diente als Dokumentationssystem für die OC- und KoPP-Tätigkeiten. Zudem unterstützte die App OC- und KoPP-Gespräche durch eine integrierte Checkliste, die auf einem Interviewleitfaden basierte. Sie ermöglichte es ihnen, die OC- und KoPP-Gespräche zu dokumentieren und verschaffte ihnen einen Überblick über die Historie ihrer Patient*innen. Die App erinnerte sie daran, bei Bedarf weitere Gespräche zu planen. Außerdem ermöglichte sie eine patientenbezogene Kommunikation zwischen KoPP und OC in Form von schriftlichen Nachrichten.

KAM-Datenbank: Eine Zusammenfassung von Informationen über KAM-Verfahren, zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Zielgruppen, war auf einer passwortgeschützten Website mit einer Suchfunktion verfügbar. Die Zielgruppen (medizinische Fachpersonen und Patient*innen) konnten entsprechend ihrer Rolle auf die Website zugreifen, d. h. die Inhalte wurden gezielt und in entsprechender Sprache für die jeweiligen Zielgruppen aufbereitet dargestellt.

Abrechenbare Leistungen: Die KoPPs und OCs wurden für die von ihnen erbrachten Patientengespräche sowie für den interprofessionellen Austausch untereinander vergütet.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Implementierungsworkshop: Für alle beteiligten onkologischen Einrichtungen wurde ein Implementierungsworkshop angeboten. Ziel war es, über die zentralen Anforderungen der Intervention aufzuklären und gemeinsam die dafür erforderlichen neuen Arbeitsabläufe zu entwickeln. Zudem erfolgte eine Einführung in die OnCoPaTh-App. Die Workshops dienten darüber hinaus der Erhebung des individuellen Schulungsbedarfs der jeweiligen Einrichtungen sowie dem gegenseitigen Kennenlernen von OCs und KoPPs. Im Rahmen der Workshops wurden die Teilnehmenden eingeladen, Prozesse der interprofessionellen Zusammenarbeit zu diskutieren, festzulegen und zu dokumentieren.

Individuelle Beratung: Die onkologischen Einrichtungen erhielten individuelle Unterstützung bei der Umsetzung der Voraussetzungen und Arbeitsabläufe, die für die Implementierung der Intervention notwendig waren, sowie weitergehende Schulungen zur OnCoPaTh-App. Nach Wunsch und bei Bedarf konnte die individuelle Beratung mehrfach in Anspruch genommen werden.

Alle Einrichtungen erhielten eine Schulung zur Identifikation potenzieller Studienteilnehmer*innen sowie eine Einweisung in die Studiendokumentation.

2.5.2 Vergleichsgruppe II

In der VG II konnten die Einrichtungen eigeninitiativ folgende, in Kapitel 2.5.1 aufgeführte Interventionselemente umsetzen:

- Curriculum OC,
- Curriculum KoPP,
- Interprofessionelle Interaktion zwischen OC und Onkolog*innen und
- Interprofessionelle Interaktion zwischen OC und KoPP.

Im Unterschied zur IG, in der eine strukturierte und mehrstufige Implementierungsstrategie angewendet wurde, erfolgte die Umsetzung der zentralen Interventionselemente in der VG II ohne systematische Implementierungsunterstützung. Anstelle von einrichtungsspezifischen Implementierungsworkshops wurde lediglich eine zentrale Gruppenschulung zur Studienumsetzung angeboten. Diese Schulung umfasste die Identifikation potenzieller Studienteilnehmer*innen sowie eine Einweisung in die Studiendokumentation. Zusätzlich erhielten die onkologischen Einrichtungen die Kontaktdaten der für sie zuständigen KoPPs, mit denen sie potenziell kooperieren konnten.

Parallel wurden die palliativen Pflegefachpersonen, die den Einrichtungen der VG II zugeordnet waren, im Rahmen einer separaten Schulung auf ihre Rolle als KoPP vorbereitet. Inhaltlich entsprach dies der Schulung, die die KoPPs in der IG erhalten hatten.

Die teilnehmenden Einrichtungen waren angehalten, die Einführung der Maßnahmen eigenständig zu organisieren und umzusetzen. Die Implementierung beruhte somit primär auf lokaler Initiative und Eigenverantwortung der jeweiligen Versorgungsstandorte.

Eine Gegenüberstellung der beiden Studiengruppen der C-RCT einschließlich der Unterschiede ist in Abbildung 2 dargestellt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

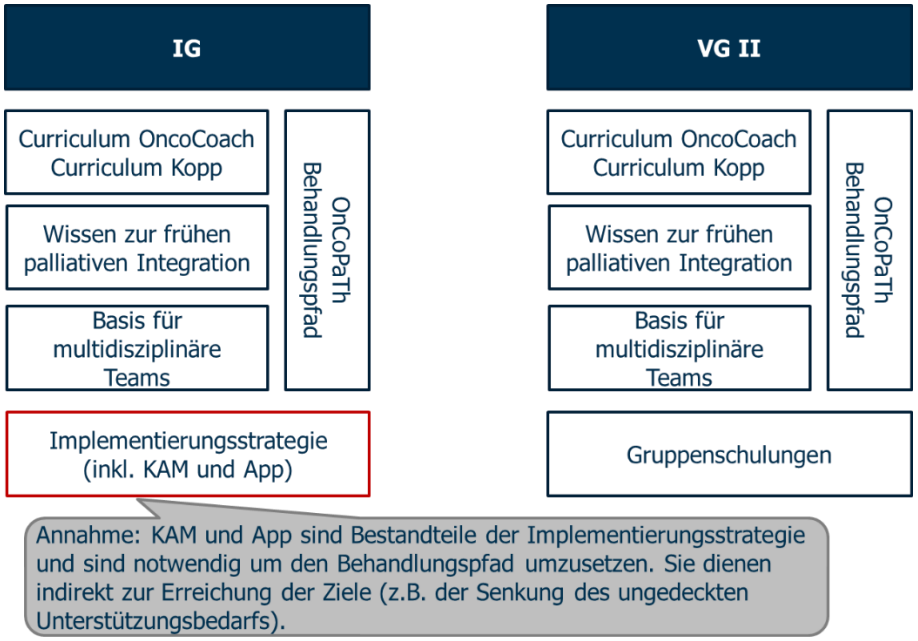


Abbildung 2: Gegenüberstellung IG vs. VG II

2.5.3 Vergleichsgruppe I

Patient*innen der VG I erhielten die übliche Versorgung ohne jegliche Interventionselemente. Dies bedeutet, dass die onkologische Versorgung der Patient*innen in der Regel ärztlich dominiert war, da die Betreuung primär durch Onkolog*innen erfolgte. Elemente wie das OncoCoaching oder eine frühzeitige Integration in die palliative Versorgung konnten bereits Anwendung in der Routineversorgung finden, jedoch sind diese Elemente nicht systematisch verankert. Sie spielten eine entsprechende untergeordnete Rolle. Zudem sind diese im Einzelnen nicht mit dem Behandlungspfad der nVF gleichzustellen.In der VG I wurden somit die reine Routineversorgung beobachtet.

Alle Einrichtungen erhielten eine Schulung über die Identifikation potenzieller Studienteilnehmer*innen sowie eine Einweisung in die Studiendokumentation.

2.6 Datenschutz

2.6.1 Allgemeines Vorgehen

In der Prozess- und Ergebnisevaluation wurden Primär- und Sekundärdaten auf Ebene der Patient*innen, Ärzt*innen, OncoCoaches und KoPPs verwendet. Eine zusammenfassende Darstellung der Datenquellen ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Datenquellen werden zudem in den weiteren Beschreibungen zur Prozess- und Ergebnisevaluation in den Kapiteln 2.7 und 2.8 detailliert beschrieben.

Tabelle 1: Zusammenfassende Darstellung der Datenquellen in OnCoPaTh

Datenquellen	VG I	IG	VG II
Transkripte von qualitativen Interviews mit Patient*innen		X	

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Transkripte von qualitativen Interviews mit OCs und KoPPs		X	X
Primärdaten aus der Patientenbefragung zu: Unterstützungsbedarf Lebensqualität Zufriedenheit Kontinuität der Versorgung Gesundheitskompetenz Beurteilung der Versorgung Angaben zur Person	X	X	X
Primärdaten aus der Angehörigenbefragung zum Unterstützungsbedarf	X	X	X
Primärdaten aus der Befragung von OCs, KoPPs (Schlüsselpersonen) und Ärzt*innen mittels standardisierter Fragebögen	X	X	X
Routinedaten	X	X	X
elektronisches Case Report Form (eCRF)	X	X	X

Um für die Erhebung sowie Verarbeitung der Primär- und Sekundärdaten einen datenschutzrechtlich sicheren Umgang zu gewährleisten, wurde ein Datenschutzkonzept entwickelt. Für die Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde zudem eine Genehmigung für die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung nach §75 SGB X bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) eingeholt.

Die Datenauswertung erfolgte sowohl auf Patient*innenebene als auch auf Arzt-, OncoCoach-, KoPP- und Einrichtungsebene mit pseudonymisierten Datensätzen. Zur sachgemäßen Umsetzung des Pseudonymisierungsprozesses und der Datenübermittlung wurde je Evaluationspartner eine Vertrauensstelle eingerichtet, die die Pseudonymisierung der Datenquellen steuerte und überwachte.

Für die Erhebung von **Primär- und Sekundärdaten** wurde das Einverständnis der jeweils betroffenen Personen und Einrichtungen eingeholt (Anlage 2). Die Einwilligungen der Patient*innen wurden in den onkologischen Einrichtungen eingeholt und dort sicher unter Wahrung des Datenschutzes aufbewahrt. Die teilnehmenden Ärzt*innen, OncoCoaches und KoPPs erteilten ihr schriftliches Einverständnis vor einem Interview oder einer schriftlichen Befragung. Alle Erhebungsunterlagen enthielten neben der Einverständniserklärung einführende Informationen bzw. Begleitschreiben zum Ziel, Zweck und Umfang der Datenerhebung sowie zur Pseudonymisierung, Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Alle zur Evaluation der neuen Versorgungsform verwendeten Daten werden nach Beendigung des Projekts weitere 10 Jahre an der Bergischen Universität Wuppertal aufbewahrt. Diese Aufbewahrungsfrist entspricht den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis (Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2025).

Rechtsgrundlage der Verarbeitung der GKV-Routinedaten war § 75 SGB X. Die Verarbeitung der Daten wurde gemäß der gesetzlichen Vorgabe bei den zuständigen Aufsichtsbehörden der teilnehmenden Krankenkassen (Sozialministerium Hessen für die AOK Hessen, Bundesamt für Soziale Sicherung für die TK) beantragt und genehmigt. Als Teil der Beantragung wurden ein Datenfluss, eine Datensatzbeschreibung und ein Datenschutzkonzept erstellt. Die dort definierten Standards und Prozesse waren handlungsleitend für die Verarbeitung der Routinedaten im Rahmen der Evaluation.

2.6.2 Pseudonymisierung der GKV-Routinedaten

In Übereinstimmung mit dem Datenfluss (siehe oben) wurden die GKV-Routinedaten dreifach pseudonymisiert. Im ersten Schritt wurden die direkt identifizierenden Merkmale der Versicherten (KVNR, LANR, BSNR) durch die datenliefernden Kassen (AOK Hessen und Techniker Krankenkasse) pseudonymisiert. Die Pseudonymisierung wurde von den datenliefernden Stellen unabhängig voneinander durchgeführt. Der pseudonymisierte Datensatz wurde von den Kassen über eine sichere Datenaustauschplattform an die Vertrauensstelle der PMV forschungsgruppe am Universitätsklinikum Köln übermittelt. Die erhaltenen Daten wurden mit einem nur den Mitarbeitenden der Vertrauensstelle bekannten Schlüssel zweitpseudonymisiert und anschließend an die datenauswertende Stelle übermittelt. Die bereitgestellten Daten wurden dort anschließend drittpseudonymisiert. Der verwendete Schlüssel ist nur den für die Auswertung verantwortlichen Wissenschaftler*innen bekannt. Eine (technische) Reidentifikation der Versicherten oder Leistungserbringenden ist nach aktuellem Kenntnisstand mit der kaskadierenden Vorgehensweise ausgeschlossen.

2.6.3 Pseudonymisierung der im Projekt erhobenen Primärdaten

<u>Patient*innen:</u>
Die Studienzentren erfassten Personendaten und erstellten gleichzeitig eine Studien-ID, die aus Buchstaben und Nummern zusammengesetzt wurde. Die Studien-ID setzte sich aus einer ID der Einrichtung (3-stellig) und aus einem alphanumerischen Schlüssel (3- bzw. 5-stellig) zusammen (z.B. M01-P01 bzw. M01-P1001). Klardaten inkl. Studien-ID wurden durch die Vertrauensstelle der PMV forschungsgruppe verwaltet und über einen gesicherten Datenaustausch der BKG-Vertrauensstelle (BKG-VSt) zur Verfügung gestellt (Prim-IDAT).

Parallel dokumentierte das Studienzentrum die Studien-ID der Teilnehmer*innen in einem eCRF zusammen mit Forschungsdaten (eCRF-MDAT). Zur Verknüpfung dieser Forschungsdaten mit Primärdaten wurden im eCRF, neben der Studien-ID, Fragebogennummern dokumentiert (eCRF-FBDAT). Die Fragebogennummer war ein numerischer Schlüssel (8-stellig) und setzte sich aus einem Kürzel der Studiengruppe, Personengruppe, Befragungsrunde sowie einer fortlaufenden Nummer zusammen. Über personalisierte und verschlüsselte Zugänge waren die eCRF-MDAT nur durch die BKG-Datenannahmestelle einsehbar und die eCRF-FBDAT nur von der BKG-VSt. Um eine Verknüpfung zu gewährleisten, wurden zur Pseudonymisierung der Stud-ID und der SZ-ID identische Verfahren angewendet.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Studien-ID und Fragebogennummern dienten als Identifikatoren, wobei die Studien-ID die Grundlage für die Erstellung des Patienten-Pseudonyms (Stud-ID-Psn1) über ein standardisiertes Verfahren bildete. Bevor Forschungsdaten (FB-DAT1) zur Auswertung in der BKG-Auswertungsstelle gespeichert wurden, wurden Studien-ID und Fragebogennummern durch die Stud-ID-Psn1 und die SZ-ID-Psn1 (Pseudonymisierung 4 und 6) ersetzt. Hierfür generiert die BKG-VSt die entsprechenden Pseudonyme und leitete diese an die BKG-Datenannahmestelle weiter. Zudem wurden Informationen zu Erhebungszeitpunkt und Gruppe (T/G) extrahiert und der Datenannahmestelle weitergeleitet. Über die Stud-ID-Psn1 war keine direkte Zuteilung zu einem Studienzentrum möglich.

Die Pseudonymisierung von personenidentifizierenden Daten aus dem eCRF-MDAT-Datensatz erfolgte über die BKG-Datenannahmestelle über ein standardisiertes Verfahren (Pseudonymisierung 4+6). Die BKG-Datenannahmestelle leitete nach der Pseudonymisierung den Datensatz eCRF-MDAT2 (bestehend aus der Stud-ID-Psn1, SZ-ID-Psn1, KoPP-ID-Psn1 und den eCRF-MDAT1) an die BKG-Auswertungsstelle weiter.

Angehörige:

Die BKG-VSt erfasste zur Kontaktaufnahme für Befragungen von Angehörigen neben den Adressinformationen eine Seriennummer, eine Fragebogennummer sowie die Studien-ID der jeweiligen teilnehmenden Patient*innen. Diese Informationen dienten als Identifikatoren und sind somit Grundlage für die Generierung einer AN-ID, sofern der Fragebogen von Angehörigen zurückgesendet wurde.

Parallel dokumentierte die BKG-Datenannahmestelle den Eingang der zurückgesendeten Fragebögen und erstellte dafür eine passwortgeschützte Liste mit den rückläufigen Fragebogennummern. Diese Liste wurde der BKG-VSt über einen gesicherten Datenaustausch weitergeleitet. Die BKG-VSt generierte eine AN-ID und führte diese mit den entsprechenden Fragebogennummern und der Studien-ID zusammen. Im nächsten Schritt generierte die BKG-VSt auf Basis der AN-ID ein Pseudonym (AN-ID-Psn1) (Pseudonymisierung 5) und leitete das Pseudonym gemeinsam mit dem Stud-ID-Psn1 und mit Zusatzinformationen zu Erhebungszeitpunkt/Studiengruppe (T/G) weiter an die BKG-Datenannahmestelle. Die BKG-Datenannahmestelle ersetzte die Fragebogennummer mit den Informationen der BKG-VSt und digitalisierte die Forschungsdaten (FB-AN-DAT2).

Gesundheitspersonal:

Im ersten Schritt generierte der AKS eine Einrichtungs-ID (SZ-ID) für jedes Studienzentrum (3-stelliger alphanumerischer Schlüssel). Diese SZ-ID wurde von AKS mit den Adressdaten der Studienzentren (OC-IDAT) der BKG-VSt zur Verfügung gestellt.

Die BKG-VSt versendete Fragebögen mit Fragebogennummern, welche seitens des BKG vergeben wurden. Die Fragebogennummer war ein numerischer Schlüssel (8-stellig) und bestand aus einem Kürzel der Studiengruppe, Personengruppe, Befragungsrunde, sowie einer fortlaufenden Nummer. Die Fragebogennummern wurden im Anschluss den entsprechenden SZ-IDs zugeordnet und dienten somit als Identifikator, um eine Zuordnung von Forschungsdaten zum Pseudonym der Studienzentren zu ermöglichen.

Im nächsten Schritt generierte das Gesundheitspersonal beim Ausfüllen der Fragebögen jeweils ein Pseudonym (OC-ID-Psn1) mittels persönlicher Informationen (der Geburtsmonat und das -jahr der Mutter und zwei Buchstaben: Initialen der Mutter), das sie auf dem Fragebogen dokumentierten.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Alle am BKG eingegangenen Fragebögen des Gesundheitspersonals wurden mittels Fragebogennummer und OC-ID-Psn1 in einer Liste dokumentiert. Dafür erstellte die BKG-Datenannahmestelle eine passwortgeschützte Liste mit der Fragebogennummer, die dann der BKG-VSt über einen gesicherten Datenaustausch zur Verfügung gestellt wurde. Die BKG-VSt erzeugte das SZ-ID-Psn1 (Pseudonymisierung 6) und ergänzte dieses auf der Liste. Die BKG-Datenannahmestelle digitalisierte die Forschungsdaten (FB-GES-DAT1) gemeinsam mit den vergebenen Pseudonymen (OC-ID-Psn1 und SZ-ID-Psn1) mit Zusatzinformationen zu Erhebungszeitpunkt/Studiengruppe (T/G) und leitete diesen Datensatz (FB-GES-DAT2) der BKG-Auswertungsstelle über einen gesicherten Datenaustausch weiter. Die passwortgeschützte Liste wurde bis zum Ablauf der Studienlaufzeit gespeichert und im Anschluss gelöscht.

Erhielt die BKG-VSt im Rücklaufzeitraum für eines der Studienzentren keine Fragebogennummern, versendete sie eine Erinnerung und ggf. Ersatzfragebögen an das entsprechende Studienzentrum.

Alle im WINHO eingegangenen Fragebögen wurden anhand desselben Vorgehens pseudonymisiert, wobei die WINHO-Annahmestelle die Rolle der BKG-Datenannahmestelle, die WINHO-Vertrauensstelle die Rolle der BKG-Vst und die WINHO-Auswertungsstelle die Rolle der BKG-Auswertungsstelle übernahm. Die Vertrauensstelle war für die Verwaltung sensibler Materialien (z. B. Audioaufnahmen, Transkripte, Fragebögen) sowie für die Prüfung der Einwilligungserklärungen zuständig, jedoch nicht in die Auswertung eingebunden.

Primärdaten aus Interviews und Dokumentenanalyse OncoCoach & Patient*innen:
Das Interviewmaterial (Interview-AUDIO) und die Dokumente auf Patient- und Organisationsebene wurden durch die BKG-Datenannahmestelle transkribiert und anonymisiert. Die BKG-Datenannahmestelle leitete die SZ-ID weiter an die BKG-VSt. Die BKG-VSt pseudonymisierte die SZ-ID (Pseudonymisierung 6), fügte Zusatzinformationen zu Erhebungszeitpunkt und Studiengruppe (T/G) hinzu und leitete diese Informationen an die BKG-Datenannahmestelle zurück. Die BKG-Datenannahmestelle leitete das transkribierte, anonymisierte Datenmaterial IW-DAT2 gemeinsam mit der SZ-ID-Psn1 und den Zusatzinformationen (T/G) an die BKG-Auswertungsstelle weiter.

Primärdaten aus Interviews der KoPPs:
KoPPs, die an den qualitativen Interviews teilnahmen, wurden vor Beginn der Zoom-Interviews mündlich über die Aufzeichnung informiert und mussten aktiv in die Aufzeichnung einwilligen. Das Interviewmaterial (Audioaufzeichnungen) wurde zunächst von der WINHO-Annahmestelle anonymisiert. Anschließend beauftragte diese ein externes Unternehmen mit der Transkription der Interviews. Die fertigen Transkripte leitete die Annahmestelle an die WINHO-Vertrauensstelle weiter, die ergänzende Angaben zu Erhebungszeitpunkt und Studiengruppe (IG/VG II) hinzufügte und sämtliche Personen- und Ortsnamen aus dem Material entfernte. Nach Abschluss dieser Anonymisierungs- und Ergänzungsarbeiten wurden die bereinigten Transkripte an die WINHO-Auswertungsstelle zur weiteren Analyse übergeben.

Alle beschreibenden Datenflüsse und Pseudonymisierungsprozesse sind in Anlage 3 dargestellt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.7 Wirksamkeit - Effektivität

2.7.1 Grundlegende Methodik zu Fragestellung 1 – Routinedatenanalyse

Die erste Fragestellung wurde auf der Basis von Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen im Vergleich zur Regelversorgung und zur teilweise bereits bestehenden erweiterten Regelversorgung „OncoCoach“ auf Ebene der eingeschlossenen Versicherten ausgewertet.

2.7.1.1 Endpunkte

Als primärer Endpunkt wurde die Hospitalisierung gemessen. Die Evaluation der neuen Versorgungsform untersucht damit im Vergleich zur Regelversorgung (VG I) und der erweiterten Regelversorgung „OncoCoach“ (VG II), ob die neue Versorgungsform (Intervention) wirksam ist, um die Anzahl der Krankenhausaufenthalte jeglicher Ursache bei den Patient*innen zu senken. Die Untersuchung folgt damit der Hypothese, dass gut informierte und geschulte Patient*innen aufgrund von vermeintlichen Notfallsituationen seltener Rettungsdienste und daraus resultierende Krankenhauseinweisungen oder Besuche in der Notfallambulanz mit anschließender stationärer Aufnahme in Anspruch nehmen als weniger gut informierte Patient*innen.

Als sekundäre Endpunkte wurden untersucht:

- die Anzahl der Rettungsdiensttransporte (Interventionsziel: Verringerung der Notfallsituationen),
- der Anteil palliativer Arzneimittel an der Gesamtmedikation eines*einer Patient*in (Interventionsziel: Steigerung Symptombehandlung, vermehrte frühzeitige Palliativbehandlung),
- die Gesamttherapiekosten.

2.7.1.2 Datenbasis

Die Wirksamkeit auf Versichertenebene wurde basierend auf Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen überprüft. Hierfür wurden die Versorgungsdaten aller in VG I, VG II und IG rekrutierten Versicherten der kooperierenden Krankenkassen, die ihr Einverständnis für die Routinedatennutzung erklärt haben, eingeschlossen. Für die Analyse stellten die AOK Hessen sowie die Techniker Krankenkasse die Daten der eingeschlossenen Versicherten in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Eine generelle Beschreibung dieser Art von Daten befindet sich im Handbuch Routinedaten (Matusiewicz et al., 2014).

Die Datennutzung nach §75 Abs. 2 SGB X wurde vom Bundesamt für soziale Sicherung am 26.09.2024 genehmigt. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat die Datennutzung nach §75 Abs. 2 SGB X am 09.10.2024 genehmigt. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen vom 15.09.2020 liegt vor.

<u>Studienpopulation:</u>
Insgesamt liegen Daten von 63 Versicherten der AOK Hessen und 122 Versicherten der Techniker Krankenkasse vor. Bei einem Versicherten aus der VG I liegt keine für die Studie relevante Krebsdiagnose (siehe Einschlusskriterien) vor, sodass die Daten dieses Versicherten aus den Auswertungen ausgeschlossen wurden. Die verbliebenen 184 Proband*innen mit

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Routinedaten teilen sich wie folgt auf die Studienarme auf: IG mit n = 50 Versicherten, VG I mit n = 91 Versicherten und VG II mit n = 43 Versicherten.

Datenzeiträume nach Einverständniserklärung:
Für die VG I liegen Daten von April 2020 bis Juni 2022 vor (insgesamt 27 Monate). Ab Studienbeginn im Oktober 2020 liegen somit für 21 Monate Daten vor. Für die VG II und die IG stehen Daten von Oktober 2021 bis März 2024 (insgesamt 30 Monate) zur Verfügung. Im Prä-Interventionszeitraum wird der Implementierungszeitraum als Übergangsphase nicht berücksichtigt. Das individuelle Analysefenster beginnt jeweils ab Einschreibequartal. Damit für alle Versicherten gleich große Beobachtungszeiträume betrachtet werden können, wurde der Beobachtungszeitraum auf fünf bzw. für die Auswertung des primären Endpunkts sechs Quartale begrenzt. Für alle Versicherten standen somit vollständige Daten für fünf, bzw. für den primären Endpunkt sechs, zusammenhängende Quartale dem Einschreibequartal folgend zur Verfügung.

2.7.1.3 Variablen und Definitionen

Im Folgenden werden die für diese Studie relevanten Variablen genauer beschrieben.

Zu jeder*m Versicherten stehen demografische, versicherungstechnische und andere Merkmale zur Verfügung. Für die vorliegende Analyse werden die folgenden Stammdaten herangezogen:

Geschlecht
Geburtsjahr
Todesdatum (tagesgenau)
Postleitzahl (auf die ersten drei Stellen verkürzt)
Versicherungszeiten

Zur vertragsärztlichen (also haus- und fachärztlichen) Versorgung werden insbesondere die folgenden Daten verwendet:

- Abrechnungsfall
  - Leistungsdatum (tagesgenau)
  - EBM-Ziffern
  - Kosten
  - Diagnosen (ICD-10, siehe auch unten zur Diagnosevalidierung)
- Lebenslange Arztnummer
- Arztgruppenschlüssel

Zur Versorgung im Krankenhaus stehen die folgenden Daten zur Verfügung:

- Fallbezogene Daten
  - Beginn und Ende des Krankenhausaufenthaltes (tagesgenau)
  - Aufnahme- und Entlassdiagnosen (ICD-10, siehe auch unten zur Diagnosevalidierung)
  - Kosten
  - Institutskennzeichen (IK) der Einrichtung
- Prozedurbezogene Daten
  - Datum der Leistungserbringung (tagesgenau)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- OPS-Code

Der Sektor »Stationäre Reha-Fälle« enthält alle geschlossenen stationären Fälle aus DTA §301 mit stationärem Krankenhausaufenthalt, die von der GKV erstattet wurden:

- OPS-Code
- Leistungsdatum
- Kosten

Der Sektor »Verordnungen« enthält alle ambulant ärztlich rezeptierten Verordnungen, die von den GKV-Versicherten in einer Apotheke eingelöst und durch die GKV erstattet wurden:

- Verordnungs-/ Abgabedatum (tagesgenau)
- Pharmazentralnummer
- ATC-Code
- Anzahl verordneter Packungen
- DDD (defined-daily-dose)
- pseudonymisierte Identifikationsnummer des ausstellenden Arztes
- Facharztgruppe
- Arzneimittelkosten

Nicht erfasst in den GKV-Verordnungsdaten sind die »Privatverordnungen«, vor allem also Rezepte für nicht erstattungsfähige Medikamente, und der gesamte Bereich der Selbstmedikation. Ebenso wenig finden sich in den Verordnungsdaten die in stationären Einrichtungen verordneten Medikamente, da die Kostenerstattung nicht im Einzelbelegverfahren erfolgt, sondern in den jeweiligen Tagessätzen bzw. Pauschalen enthalten ist.

Leistungen der Häuslichen Krankenpflege werden wie folgt erfasst:

- Leistungsdatum (Anfang und Ende des Leistungsbezugs, tagesgenau)
- Verordnete Gebührenordnungsnummer
- Kosten

Ebenso werden Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln wie folgt erfasst:

- Leistungsdatum (Anfang und Ende des Leistungsbezugs, tagesgenau)
- Art der Heil- und Hilfsmittel
- Kosten

Bezüglich der Leistungen aus der Pflegeversicherung sind die folgenden Daten enthalten:

- Beginn und Ende der Pflegeleistung (tagesgenau)
- Pflegeart (ambulant, stationär)
- Pflegegrad
- Pflegekosten

Folgende Daten zu Krankentransportleistungen sind enthalten:

- Leistungsdatum (Anfang und Ende des Leistungsbezugs, tagesgenau)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Anzahl der einzelnen Maßnahmen
- Art der Leistung
- Kosten

Folgende Daten zu Arbeitsunfähigkeiten und dem Krankengeld sind enthalten:

- Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit (tagesgenau)
- Beginn und Ende des Krankengeldes (tagesgenau)
- Gezahlter Krankengeldbetrag
- Diagnose (ICD-10)

2.7.1.4 Datenaufbereitung

Die zur Verfügung gestellten Routinedaten der AOK Hessen und Techniker Krankenkasse wurden zuerst von der Vertrauensstelle der PMV forschungsgruppe pseudonymisiert und anschließend an die auswertende Stelle übermittelt. Diese führte eine Drittpseudonymisierung sowie Datenprüfungen durch. Die Daten wurden sowohl in der Vertrauens- als auch in der auswertenden Stelle umfassend auf inhaltliche Vollständigkeit, Plausibilität, Verknüpfbarkeit unterschiedlicher Tabellen und fehlerhafte Daten überprüft und Unstimmigkeiten bilateral zwischen der Vertrauensstelle und der datenliefernden Stellen geklärt. Sowohl die Datenprüfung als auch die Datenaufbereitung wurden in dem von der PMV forschungsgruppe entwickelten Softwarepaket REX - Report Expert durchgeführt. Es wurden die Ausprägungen der Variablen harmonisiert, sofern sie sich aufgrund der unterschiedlichen Datensätze der datenliefernden Krankenkassen unterschieden. Da die Kosten einer Krankenkasse in Cent- und die der anderen Krankenkasse in Euro-Beträgen vorliegen, wurden die Kosten, die in Cent angegeben sind, in Euro umgerechnet.

<u>Eingrenzung der Daten hinsichtlich des Beobachtungszeitraums:</u>
Um den Beobachtungszeitraum einzugrenzen, wurden zuerst die Einschlussquartale aufbereitet. Um eine Reidentifikation von Proband*innen auszuschließen, wurden die Routinedaten zusammen mit einem versichertenindividuellen Einschlussquartal von den datenliefernden Stellen übermittelt. Bei 16 Versicherten aus der VG I liegt kein Einschlussquartal vor. Für die Versicherten mit fehlendem Einschlussquartal wurde das Einschlussquartal auf das Quartal festgelegt, in dem die in den Daten zuerst vorliegende, gesicherte ambulante Fernmetastasen-Diagnose (C77-C79 nach ICD-10) gestellt wurde. Da diese teilweise im ersten bis dritten Quartal im Jahr 2020, also vor dem Studienbeginn liegt, wurde bei diesen Versicherten als Einschlussquartal das vierte Quartal im Jahr 2020 (Beginn der Studie) festgelegt. Außerdem lagen bei einem Versicherten aus der VG I für das erste Quartal nach Beginn des Einschlussquartals keine Daten vor, sodass auch für diese Person das Einschlussquartal geändert wurde. Bei diesem Versicherten, bei dem erst Daten für das zweite Quartal im Jahr 2021 vorlagen, wurde das Einschlussquartal vom ersten auf das zweite Quartal im Jahr 2021 verschoben. Da die Versicherten aus der VG I keine Intervention erhalten haben und die für diese Versicherten generierten Einschlussquartale im Rekrutierungszeitraum liegen, wird das Verzerrungspotenzial aufgrund dieser Vorgehensweise als geringfügig eingestuft.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße und der Tatsache, dass einige Versicherte bereits im Einschlussquartal verstorben sind, wurde als Studienbeginn (t_0) der erste Tag des

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einschlussquartals und als letzter Tag des Beobachtungszeitraumes das Ende des fünften bzw. für den primären Endpunkt sechsten Quartals ab t_0 betrachtet. Um das Verzerrungspotenzial dieser Vorgehensweise abzuschätzen, wurde im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse die Analyse des primären Endpunkts zusätzlich für den Beobachtungszeitraum von sechs Quartalen nach dem Ende des Einschlussquartals (t_0) durchgeführt und die Ergebnisse mit den vorherigen Ergebnissen verglichen (siehe Sensitivitätsanalyse in Anlage 4). Hinsichtlich der auszuwertenden Endpunkte wurden die Werte identifiziert, die im Beobachtungszeitraum liegen oder bei den beschreibenden Variablen möglichst zum Zeitpunkt von t_0 oder möglichst nahe nach t_0 vorliegen.

2.7.1.5 Diagnosevalidierung

Ärztliche Diagnosen sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in den Abrechnungsdaten enthalten. Im Abrechnungsverfahren dienen diese Diagnosen als Grundlage zur Begründung der abgerechneten Leistungsziffern. Im ambulanten Bereich wird die Dokumentation dieser Diagnosen zur Abrechnung quartalsweise vorgenommen, während sie im stationären Bereich fallbezogen (also pro Krankenhausaufenthalt) erfolgt, wobei zwischen Aufnahme- und Entlassungsdiagnose unterschieden wird. Die Dokumentation der Abrechnungsdiagnose erfolgt nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10 GM).

Wie bei allen Routinedaten wurden auch die Diagnosedaten in erster Linie zu Abrechnungszwecken erhoben und müssen daher für Auswertungen auf ihre Validität geprüft werden. Eine externe Validierung, etwa durch den Abgleich mit den Aufzeichnungen des*der behandelnden Arzt*Ärztin oder durch eine unabhängige erneute medizinische Untersuchung, gilt im Allgemeinen als Goldstandard. Allerdings ist dies, wie auch in diesem Fall, meist nicht umsetzbar. Eine interne Validierung durch zusätzliche Informationen aus demselben Datenbestand ist jedoch möglich (I. Schubert et al., 2010).

Folgende Diagnosen wurden in den durchgeführten Analysen als valide angesehen:

- Stationäre Diagnosen, die einmalig als Hauptentlassungsdiagnose codiert wurden
- Ambulante Diagnosen, die im vorliegenden Datenzeitraum zweimalig als Diagnose mit dem Status ‚gesichert' codiert wurden
- Ambulante Diagnosen, die einmalig als Diagnose mit dem Status ‚gesichert' codiert wurden, in Kombination mit einer stationären Nebenentlassungsdiagnose

2.7.1.6 Datenauswertung

Statistische Auswertungen erfolgten in R 4.5.1 (R Core Team, 2025) und R Studio 2025.05.1 (Posit team, 2025). Es wurden Gruppenvergleiche durchgeführt, um den Effekt auf den primären Endpunkt zu ermitteln. Im Zuge der Gruppenvergleiche wurden zusätzlich zu den Signifikanzen Konfidenzintervalle berechnet, sodass auch im Falle von nicht-signifikanten Ergebnissen eine Tendenz ermittelt werden kann. Zusätzlich erfolgten aufgrund der geringen Fallzahl in der VG II inferenzstatistische Auswertungen, für die die Vergleichsgruppen I und II zusammengelegt wurden, um diese kombinierte Population mit der IG zu vergleichen. Dies führte dazu, dass Gruppenvergleiche mit unterschiedlich großen Stichproben durchgeführt wurden. Für solche Gruppenvergleiche wird für den Erhalt der Power (moderate Effektstärke 0,5, Alpha-Fehler 0,05, Power 0,8) eine Gruppengröße von mindestens 45 Versicherten in der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

einen und mindestens 110 Versicherten in der anderen Gruppe benötigt. Für die Routinedatenanalyse standen eine Fallzahl von 134 Versicherten in der zusammengelegten VG und 50 Versicherten in der IG zur Verfügung, womit die erforderliche Fallzahl erreicht ist. Subgruppenanalysen werden aufgrund der zu geringen Gruppenbesetzung (z. B. Anzahl der Verstorbenen in der IG < 30) als nicht aussagekräftig eingeschätzt und wurden somit nicht durchgeführt.

Die Verteilungen kategorialer Größen wurden durch absolute und relative Häufigkeiten (in Prozent) beschrieben, die kontinuierlichen Größen durch Mittelwert, Median sowie durch Quantile. Für die Beschreibung der Stichprobe wurden Geschlecht, Altersgruppen, Pflegegrad, die Anzahl Verstorbener, Alter (fortlaufend), Komorbiditätslast gemäß Charlson-Comorbidity-Score (CCI), die Anzahl an Tagen zwischen t_0 und Tod und die Anzahl an Krebsdiagnosen pro Versicherten analysiert. Das Geschlecht liegt als binäre Größe vor. Das Alter der Proband*innen wurde als Differenz zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Einschlussquartals berechnet. Da die Proband*innen im Einschlussjahr zwischen 30 und 86 Jahre alt waren, wurden die folgenden Altersgruppen gebildet: 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 und 80-89. Es wurde der Pflegegrad identifiziert, der entweder vor t_0 vergeben wurde und sich nicht vor t_0 verändert hat oder der zum Zeitpunkt von t_0 oder später (jedoch nicht nach dem Ende des Beobachtungszeitraums) begonnen hat. Sofern durch diese Vorgehensweise mehrere Pflegegrade für die*den Versicherte*n identifiziert wurden, wurde der frühere Pflegegrad gewählt. Zudem wurde die Anzahl der Versicherten ohne Pflegegrad im Beobachtungszeitraum berechnet. Die Anzahl Verstorbener gibt ausschließlich die Anzahl der Proband*innen an, die im Beobachtungszeitraum verstorben sind. Da knapp die Hälfte der Versicherten vor dem Ende des Beobachtungszeitraumes verstorben sind und sich dieser Umstand auf die Endpunkte ausgewirkt haben könnte, wurde die Anzahl an Tagen zwischen t_0 und dem Todestag (sofern dieser vor dem Ende des Beobachtungszeitraumes liegt) berechnet und zwischen den Gruppen verglichen. Für die Berechnung des CCI wurden ausschließlich validierte ambulante und stationäre Diagnosen einbezogen. Für die Analyse der Anzahl an Krebsdiagnosen wurden relevante Diagnosen mithilfe der Schlüsseltabelle „Krebsdiagnosen“ (siehe Anlage 5 Tabelle 1) identifiziert, sofern diese Diagnosen validiert waren. Die ICD-10-Diagnosegruppe C81-C96 „Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes“ war für diese Auswertungen nicht relevant. Der Charlson-Score wurde mithilfe des Quellcodes „charlson.sql“ (MIT Laboratory for Computational Physiology, 2019) berechnet, der auf Basis der Arbeiten von Charlson und Quan entwickelt wurde (M. Charlson et al., 1994; M. E. Charlson et al., 1987; Quan et al., 2005). Um auf Gruppenunterschiede zu testen, wurden für die kategorialen Variablen aufgrund der geringen Stichprobengrößen Exakte Fisher-Tests durchgeführt. Da bei den kontinuierlichen Variablen die Gruppen mit mehr als 30 Proband*innen besetzt sind, wurden zweiseitige, unabhängige t-Tests für den Test auf Gruppenunterschiede durchgeführt.

<u>Primärer Endpunkt</u>

Für die Berechnung des primären Endpunkts (Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Versicherten) wurden alle Krankenhausaufenthalte jeglicher Art, die im Beobachtungszeitraum begonnen haben, identifiziert und für jede*n Versicherte*n ausgezählt. Für den Test auf Unterschiede zwischen der IG und der zusammengefassten VG wurden die Voraussetzungen für den unabhängigen, zweiseitigen t-Test überprüft. Da zwar

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

die Voraussetzungen für die Normalverteilung nicht, jedoch die anderen Voraussetzungen (Varianzhomogenität und Unabhängigkeit der Stichproben) erfüllt waren und die Ergebnisse eines t-Tests mit Gruppenbesetzungen größer 30 Proband*innen als robust angesehen werden können (Rasch et al., 2021), wurde ein zweiseitiger, unabhängiger t-Test durchgeführt.

Sekundäre Endpunkte

Rettungsdiensttransporte

Für den sekundären Endpunkt der Anzahl an Rettungsdiensttransporten wurden je nach datenliefernden Stelle entweder die Sachbuchkonten 492 Flugrettung, 494 Rettungswagen und 495 Notarztwagen oder die folgenden ersten Stellen der Positionsnummern 1=Notarztwagen, 2=Notarzteinsatzfahrzeug, 3=Rettungswagen und 8=Primärtransport Luft betrachtet. Da die Anzahl an Fahrten teilweise unplausibel hohe Werte für einzelne Tage aufweist, wurde die Anzahl an Tagen mit mindestens einem Rettungsdiensttransport im Beobachtungszeitraum als Endpunkt analysiert. Da in allen Gruppen mehr als 30 Personen inkludiert sind, wurden zweiseitige, unabhängige t-Tests und paarweise t-Tests mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt.

Anteil palliativer Arzneimittel

Um den Anteil palliativer Arzneimittel zu bestimmen, wurde der Anteil aus der Anzahl unterschiedlicher palliativer ATC-Gruppen mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Verhältnis zur Anzahl an allen relevanten ATC-Gruppen mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für jede*n Versicherte*n berechnet. Die pharmakologischen Wirkstoffe der Arzneimittel werden auf Basis des Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen-Klassifikationssystems in verschiedene Kategorien, je nach Organsystem sowie therapeutischer, pharmakologischer und chemischer Eigenschaft, eingeteilt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025). Die palliativen ATC-Gruppen, die in der Analyse betrachtet wurden, wurden der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF, 2019) entnommen und können der Schlüsseltabelle (siehe Anlage 5 Tabelle 2) entnommen werden. Folgende therapeutische ATC-Gruppen wurden vollständig von der Analyse ausgeschlossen, da sie für die Fragestellung nicht relevant erschienen: Diagnostika (V04), allgemeine Diätetika (V06), alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07), Radiodiagnostika (V09), Wundverbände (V20), Homöopathika und Anthroposophika (V60), Rezepturen (V70), Sondergruppen (V90), Otologika (S02) und Ophthalmika (S01). Es wurden ausschließlich Arzneimittelverordnungen betrachtet, die im Beobachtungszeitraum liegen. Für den Vergleich auf Gruppenunterschiede wurden zweiseitige, unabhängige t-Tests und paarweise t-Tests mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt, da alle Gruppen mit n>30 Personen besetzt sind.

Gesamttherapiekosten

Es wurden die abgerechneten Kosten in den Leistungsbereichen ambulant, stationär, Arzneimittelverordnungen und sonstige Therapiekosten (Hilfsmittel-, Heilmittel- sowie Fahrtkosten und Kosten der Häuslichen Krankenpflege) betrachtet, die im Beobachtungszeitraum angefallen sind. In dem gesamten Datensatz liegt ausschließlich ein Versicherter vor, der eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hat.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Dementsprechend wurden die Kosten von Rehabilitationsleistungen nicht in die Analysen einbezogen. Krankengeld und die Kosten für Pflegeleistungen wurden nicht als Therapiekosten betrachtet. Für die Gesamttherapiekosten lagen ausreichend große Gruppenbesetzungen vor und es konnten somit zweiseitige t-Tests für unabhängige Stichproben und paarweise t-Tests mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt werden.

2.7.2 Grundlegende Methodik zu Fragestellung 2 - Primärdatenanalyse

2.7.2.1 Endpunkte

Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G)

Primärer Endpunkt der C-RCT war der von Patient*innen empfundene (offene/ungedeckte) Unterstützungs- und Informationsbedarf nach einem Follow-up Zeitraum von 18 Monaten, gemessen mit dem SCNS-SF34-G (Renovanz et al., 2018). Es wurde postuliert, dass der Unterstützungsbedarf in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) sowie zur reinen Regelversorgung (VG I) deutlich geringer ist. Diese Hypothese wurde wie geplant über die Gesamtscores des Instruments im Gruppenvergleich überprüft. Im Folgenden wird die Definition des primären Endpunktes beschrieben.

Der SCNS-SF34 besteht aus 34 Items und erfasst den subjektiv empfundenen ungedeckten Unterstützungsbedarf onkologischer Patient*innen im Verlauf des vergangenen Monats in Form einer Selbsteinschätzung. Die Patient*innen bewerteten das Ausmaß und die Art des Unterstützungsbedarfs, der durch ihre Krebserkrankung entstand, auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 = Habe hier kein Problem, 2 = Werde bereits unterstützt, 3 = Gering, 4 = Mittel, 5 = Hoch). Im Falle von nicht vorgesehenen Mehrfachankreuzungen wurde eine einheitliche Handhabung festgelegt, um zusätzliche fehlende Werte zu vermeiden.

Die Berechnung der Gesamtscores folgte den Empfehlungen des Manuals (McElduff et al., 2004). Im ersten Schritt wurde die Antwortskala rekodiert, um Antwortoptionen 1 (Habe hier kein Problem) und 2 (Werde bereits unterstützt) als 1 (kein Unterstützungsbedarf) zusammenzufassen (Sklenarova et al., 2015). Im zweiten Schritt wurden für alle Patient*innen standardisierte Gesamtscores über alle Items berechnet (siehe Formel 1).

Formel 1 Gesamtscores:

$$\text{Standardisierter Gesamtscore} = \frac{x * 100}{m * (k - 1)}$$

$x = \text{Angepasster Gesamtscore } (= \text{Summe der angekreuzten Werte} - m)$
$m = \text{Anzahl angekreuzter Items}$
$k = \text{Maximaler Wert der Antwortskala}$

Für die Berechnung der Gesamtscores wurden alle Fragebögen berücksichtigt, bei denen der SCNS-SF34-G ganz oder zu mindestens zu 60% ausgefüllt wurde. Somit wurde ein Teil der fehlenden Werte (NA) entsprechend der Formel berücksichtigt. Für die Interpretation der berechneten Werte gilt: Je höher der Gesamtscore, desto größer der Unterstützungsbedarf (Boyes et al., 2009), wobei der Gesamtscore in einem Wertebereich von 0 bis 100 liegt. Analog wurde der Unterstützungsbedarf über folgende Subskalen berechnet:

- Sexualität & Partnerschaft
- Medizinische Behandlung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Körperliche Aspekte & Alltag
- Psychologischer Unterstützung
- Gesundheitssystem & Information

Der Gesamtscore diente als analyserelevanter Endpunkt, während die Subskalen deskriptiv mittels Mittelwerten und Standardabweichungen berichtet werden.

Für die **primäre Analyse** wurde der Gesamtscore auf Basis aller Fragebögen berechnet, die nach einem Follow-up von 18 Monaten (Zeitpunkt T6) eingegangen sind.

Für **sekundäre Analysen** erfolgte die Berechnung des Gesamtscores anhand aller Fragebögen, die nach einem Follow-up von 15 Monaten (Zeitpunkt T5) vorlagen.

Fehlende Gesamtscores zum jeweiligen Zielzeitpunkt (T5 bzw. T6) wurden mittels Last Observation Carried Forward (LOCF) imputiert, sofern für die betroffenen Patient*innen ein Fragebogen nach Baseline (Zeitpunkt T0) vorlag und die Patient*innen zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch am Leben waren. In diesen Fällen wurde der zuletzt vorliegende Gesamtscore (z. B. von T5 oder früher) zur Schätzung des fehlenden Gesamtscores übernommen. Daraus ergeben sich die **sekundären Endpunkte** Unterstützungsbedarf zu T6 inkl. LOCF und Unterstützungsbedarf zu T5 inkl. LOCF.

<u>Unterstützungsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G)</u>
Der von Angehörigen empfundene Unterstützungs- und Informationsbedarf wurde mit dem SCNS-P&C-G zu drei Erhebungszeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten gemessen (T0, T1 + 6 Monate und T2 +12 Monate) (Sklenarova et al., 2015). Es wurde postuliert, dass der Unterstützungsbedarf zu T2 in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) sowie zur reinen Regelversorgung (VG I) deutlich geringer ist. Diese Hypothese wurde wie geplant über die Gesamtscores des Instruments im Gruppenvergleich überprüft. Die Berechnung des sekundären Endpunktes erfolgte analog zum primären Endpunkt (siehe Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34-G). Im Folgenden wird die Definition des sekundären Endpunktes beschrieben.

Für die **sekundären Analysen** wurden die Gesamtscores auf Basis aller Fragebögen berechnet, die nach einem Follow-up von 6 Monaten (Zeitpunkt T1) bzw. von 12 Monaten (Zeitpunkt T2) eingegangen sind. Analog wurde der Unterstützungsbedarf über folgende Subskalen berechnet und deskriptiv ausgewertet:

- Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung
- Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich
- Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit
- Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie

Der Gesamtscore diente als analyserelevanter Endpunkt, während die Subskalen deskriptiv mittels Mittelwerten und Standardabweichungen analysiert wurden.

Fehlende Gesamtscores zum Zeitpunkt T2 wurden mittels LOCF imputiert, sofern für die betroffenen Angehörigen ein Fragebogen nach Baseline (Zeitpunkt T0) vorlag. In diesen Fällen wurde der zuletzt vorliegende Gesamtscore (T1) zur Schätzung des fehlenden Gesamtscores übernommen. Daraus ergibt sich der **sekundäre Endpunkt** Unterstützungsbedarf zu T2 inkl. LOCF.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ungeplante Ereignisse (Krankenhauseinweisung, Notaufnahme, Notdienst)

Die Anzahl ungeplanter Krankenhauseinweisungen, die Besuche in Notaufnahmen sowie die Kontakte zum ambulanten Notdienst bildeten drei sekundäre Endpunkte, die über die Patientenbefragung erfasst wurden. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass das Auftreten dieser Ereignisse in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) sowie zur reinen Regelversorgung (VG I) geringer ist. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die Inzidenzraten zwischen den Gruppen verglichen.

Im Folgenden werden die Definition der Endpunkte sowie die Berechnung der Personenzeit beschrieben:

Zum Erhebungszeitpunkt T0 wurde lediglich erfasst, ob Patient*innen in den vergangenen drei Monaten

- den ambulanten Notdienst kontaktiert,
- die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht, und/oder
- eine ungeplante Krankenhauseinweisung erlebt hatten.

Zur Erhebung von Inzidenzen über den Studienverlauf hinweg wurden diese Angaben, zusammen mit der Angabe der Häufigkeit der jeweiligen Ereignisse seit dem letzten Befragungszeitpunkt, im Rahmen der Follow-up-Erhebungen (T1 bis T6) alle drei Monate erneut erfasst.

Auf Basis der rückgesendeten Fragebögen von T1 bis T6 konnte die Anzahl der jeweiligen Ereignisse pro Patient*in ausgezählt werden. Fehlende Angaben oder nicht eingegangene Fragebögen wurden als keine Ereignisse gewertet.

Die Personenzeit wurde individuell für alle Patient*innen, beginnend mit dem jeweiligen Einschlussdatum bis zum letzten dokumentierten Fragebogeneingang im Rahmen des Follow-ups (maximal 1 bis 18 Monate) berechnet. Für Patient*innen, welche die Studie bereits vor der ersten Follow-up-Erhebung (T1) beendet hatten (z. B. durch Tod, Studienabbruch oder Lost to Follow-up (L2FU), wurde die Personenzeit pauschal mit 30 Tagen angesetzt, um eine einheitliche Mindestbeobachtungsdauer zu gewährleisten.

Die Inzidenzrate ergibt sich durch Division der Ereignisse durch die Personenzeit.

Lebensqualität (EQ-5D-5L)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mithilfe des standardisierten Erhebungsinstruments EQ-5D-5L (EuroQol 5 Dimensions 5 Level Version (Ludwig et al., 2018)) in Patientenbefragungen erfasst. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) sowie zur reinen Regelversorgung (VG I) nach 18 bzw. 15 Monaten Follow-up deutlich höher ist.

Die Datenerhebung erfolgte zu insgesamt sieben Zeitpunkten: T0 (Baseline) sowie T1 bis T6 in regelmäßigen Abständen von 3 Monaten über einen Follow-up-Zeitraum von 18 Monaten.

Der EQ-5D-5L besteht aus fünf Dimensionen (Mobilität, Selbstversorgung, alltägliche Aktivitäten, Schmerzen/Beschwerden sowie Angst/Niedergeschlagenheit), die jeweils in fünf Ausprägungsgraden erfasst werden (keine, geringe, mäßige, starke oder extreme Probleme). Zur Auswertung wurde aus den EQ-5D-5L-Antwortprofilen ein Indexwert berechnet,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

basierend auf dem länderspezifischen Bewertungsalgorithmus (z. B. für Deutschland nach Ludwig et al., 2018). Dieser Indexwert ermöglicht eine quantifizierte Darstellung der allgemeinen Gesundheitsqualität auf einer Skala von < 0 (Gesundheitszustände schlechter als Tod) bis 1 (volle Gesundheit). Im Falle von nicht vorgesehenen Mehrfachankreuzungen wurde eine einheitliche Handhabung festgelegt, um zusätzliche fehlende Werte zu vermeiden.

Analog zum Unterstützungsbedarf wurden fehlende Indexwerte zum jeweiligen Zielzeitpunkt (T5 bzw. T6) mittels LOCF imputiert.

Koordination der Versorgung (CCI)

Die Versorgungskoordination wurde mittels des Care Coordination Instruments (CCI) erfasst, einem standardisierten Erhebungsinstrument zur Bewertung der Koordination in der Krebsversorgung aus Sicht der Patient*innen (Okado et al., 2020b). Der CCI misst zentrale Dimensionen der Koordination, darunter Kommunikation zwischen Leistungserbringern, Informationsaustausch sowie patientenzentrierte Koordination. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass der sekundäre Endpunkt „Koordination der Versorgung“ in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) sowie zur reinen Regelversorgung (VG I) nach 18 Monaten Follow-up deutlich höher ist.

Der CCI umfasst 29 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala („Stimme überhaupt nicht zu“ bis „Stimme voll und ganz zu“) bewertet werden. Für das OnCoPaTh Projekt wurde die Originalversion des CCI in Anlehnung an die Translation, Review, Adjudication, Pretest, and Documentation (TRAPD)-Methode übersetzt (Walde & Völlm, 2023) . Die Erhebung des CCI erfolgte zu vier Messzeitpunkten: T0 (Baseline), T2 (6 Monate), T4 (12 Monate) und T6 (18 Monate).

Die Aufbereitung und Berechnung des Gesamtscores erfolgte nach dem deutschen Bewertungsleitfaden (Werner et al., 2025). Darüber hinaus wurden bei fehlenden Angaben im Fragebogen Mittelwerte imputiert, sofern weniger als drei Werte innerhalb des Instruments fehlten. In diesen Fällen wurde der individuelle Skalenmittelwert aus den vorliegenden Items berechnet und als Ersatzwert verwendet. Bei Patient*innen mit drei oder mehr fehlenden Werten innerhalb des Instruments wurde kein Mittelwert berechnet. Das Instrument galt für diese Messung als nicht auswertbar, d.h. diese Fälle wurden in der Analyse nicht weiter berücksichtigt. Im Anschluss wurden für alle Patient*innen die Gesamtscores des Instruments berechnet; höhere Gesamtscores deuten auf eine bessere subjektiv wahrgenommene Koordination der Versorgung hin.

Analog zum Unterstützungsbedarf wurden fehlende Indexwerte zum jeweiligen Zielzeitpunkt (T6) mittels LOCF imputiert.

Patienten-Empowerment (PEN-13)

Zur Erfassung des subjektiv wahrgenommenen Patienten-Empowerments wurde das standardisierte Erhebungsinstrument PEN-13 (Patienten-Empowerment-Skala mit 13 Items) eingesetzt. Die Skala maß, inwieweit Patient*innen sich als aktiv, informiert und selbstbestimmt in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung wahrnahmen (Siegel et al., 2019, 2024). Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass das Patienten-Empowerment in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) sowie zur reinen Regelversorgung (VG I) nach 18 bzw. 15 Monaten Follow-up deutlich höher ist.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Erhebung des PEN-13 erfolgte zu den Zeitpunkten T0 (Baseline) sowie T2, T4 und T6 im Rahmen des 18-monatigen Follow-up. Der PEN-13-Fragebogen umfasst 13 Items, die auf einer 4-Punkte Likert-Skala beantwortet werden (1 = trifft voll zu bis 5 = trifft gar nicht zu). In der weiteren Aufbereitung wurden nach Siegel und Kolleg*innen Mittelwerte für die Gesamtskala berechnet (Siegel et al., 2019, 2024). Bei fehlenden Angaben im Fragebogen wurden Mittelwerte imputiert, sofern weniger als drei Werte innerhalb des Instruments fehlten. In diesen Fällen wurde der individuelle Skalenmittelwert aus den vorliegenden Items berechnet und als Ersatzwert verwendet. Bei Patient*innen mit drei oder mehr fehlenden Werten innerhalb des Instruments wurde kein Mittelwert berechnet. Das Instrument galt für diese Messung als nicht auswertbar, d.h. diese Fälle wurden in der Analyse nicht weiter berücksichtigt. Analog zum Unterstützungsbedarf wurden fehlende Indexwerte zum jeweiligen Zielzeitpunkt (T6) mittels LOCF imputiert, wobei höhere Werte ein stärker ausgeprägtes Empowerment anzeigen.

Zusätzlich wurden zwei Fragen aus dem Instrument gespiegelt und mit Bezug zum Gesundheitspersonal angepasst. Analog zu der Frage

*„Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.“*

wurde die Frage

„Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.“

ergänzt. Analog zu der Frage

„Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.“

wurde folgende Frage definiert:

„Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.“

Die Fragen wurden separat aufbereitet und deskriptiv ausgewertet.

<u>Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM)</u>

Zur Erfassung der kommunikativen Gesundheitskompetenz wurde das Instrument Health Literacy in Communication Questionnaire (HL-COM) eingesetzt (Ernstmann et al., 2017). Der HL-COM wurde entwickelt, um die Fähigkeit von Patient*innen zu messen, gesundheitsbezogene Informationen im Rahmen der Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass die kommunikative Gesundheitskompetenz in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) nach 18 Monaten Follow-up deutlich höher ist.

Die Erhebung des HL-COM erfolgte zu vier Messzeitpunkten ausschließlich in der VG II und IG: T0 (Baseline), T2 (6 Monate), T4 (12 Monate) und T6 (18 Monate). Die deutsche Version des HL-COM besteht aus 9 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = stimme voll und ganz zu bis 4 = stimme überhaupt nicht zu) beantwortet werden. Entsprechend den Vorgaben der Autor*innen wurden Skalenmittelwerte gebildet (Ernstmann et al., 2017). Bei fehlenden Angaben im Fragebogen wurden Mittelwerte imputiert, sofern weniger als drei Werte innerhalb des Instruments fehlten. In diesen Fällen wurde der individuelle Skalenmittelwert

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

aus den vorliegenden Items berechnet und als Ersatzwert verwendet. Bei Patient*innen mit drei oder mehr fehlenden Werten innerhalb des Instruments wurde kein Mittelwert berechnet. Das Instrument galt für diese Messung als nicht auswertbar, d.h. diese Fälle wurden in der Analyse nicht weiter berücksichtigt. Analog zum Unterstützungsbedarf wurden fehlende Indexwerte zum jeweiligen Zielzeitpunkt (T6) mittels LOCF imputiert. Höhere Werte deuten auf ein höheres Maß an kommunikativer Gesundheitskompetenz hin.

Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)

Zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung wurde der standardisierte Fragebogen ZAP – Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung: Qualität aus Patientensicht eingesetzt. Der ZAP-Fragebogen ist ein Instrument zur Erfassung der prozessbezogenen Patientenzufriedenheit, das von einer Expertengruppe an der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt und getestet wurde (Bitzer et al.). Das Instrument wurde zu einem späteren Zeitpunkt um die Dimension zur Einbindung in Entscheidungsprozesse erweitert und erneut getestet (Bitzer et al.). Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Zufriedenheit in der IG im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (VG II) sowie zur reinen Regelversorgung (VG I) nach 18 Monaten Follow-up deutlich höher ist.

Die Erhebung der Zufriedenheit erfolgte zu vier Messzeitpunkten: T0 (Baseline), T2 (6 Monate), T4 (12 Monate) und T6 (18 Monate). Der Fragebogen umfasst 32 standardisierte Items, die sich thematisch auf die folgenden Dimensionen ambulanter Versorgungsqualität beziehen:

- Praxisorganisation
- Information
- Arzt-Patient-Interaktion
- Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse
- Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen
- Zufriedenheit mit der Partizipation
- Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt
- Vertrauen zum*zur Arzt*Ärztin
- Einschätzung der Behandlungsqualität
- Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt

Die Antwortmöglichkeiten orientieren sich an einer 4-stufigen Likert-Skala („trifft voll zu“ bis „trifft nicht zu“). Bei fehlenden Angaben im Fragebogen wurden Mittelwerte imputiert, sofern weniger als drei Werte innerhalb des Instruments fehlten. Zur Aufbereitung wurden im ersten Schritt die Skalenmittelwerte berechnet. In diesen Fällen wurde der individuelle Skalenmittelwert aus den vorliegenden Items berechnet und als Ersatzwert verwendet. Bei Patient*innen mit drei oder mehr fehlenden Werten innerhalb des Instruments wurde kein Mittelwert berechnet. Das Instrument galt für diese Messung als nicht auswertbar, d.h. diese Fälle wurden in der Analyse nicht weiter berücksichtigt. Zur Operationalisierung des Endpunktes Zufriedenheit wurden zum einen der Skalenmittelwert je Subskala für deskriptive Analysen herangezogen. Darüber hinaus wurden die Skalenmittelwerte dichotomisiert (Zufrieden/Unzufrieden) und für Inferenzanalysen herangezogen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.7.2.2 Datenerhebung und Datenaufbereitung

Die Datenerhebung im Rahmen der Wirksamkeitsanalyse erfolgte mittels **postalisch zugesendeter Fragebögen** (siehe Anlage 6) sowie mittels eines **eCRFs**. Die **Patientenfragebögen** wurden patientenindividuell quartalsweise über einen Zeitraum von 18 Monaten ausgegeben, womit sich sieben Erhebungszeitpunkte (T0 bis T6) auf Patientenebene ergaben. Die Datenerhebung startete bei Einschluss der Patient*innen (T0). Der Unterstützungs- und Informationsbedarf, die Anzahl ungeplanter Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmen/-dienstkontakte sowie die Lebensqualität wurden zu jedem Zeitpunkt (alle drei Monate) erfragt. Alle übrigen Endpunkte auf Patientenebene wurden alle sechs Monate dokumentiert. Die im Rahmen der Baseline-Erhebung (Zeitpunkt T0) wurden Daten erfasst, die zur Beschreibung der Population dienen, wie z.B. zur Lebenssituation, zum Informationsverhalten und zum Partizipationsbedürfnis. Zusätzliche Basisinformationen, wie das Alter, Geschlecht und Diagnosen wurden über das eCRF erfasst. Ein Teil dieser Informationen wurde zur Adjustierung als Kovariablen in den multivariaten Analysen berücksichtigt. Die Daten der letzten beiden Erhebungszeitpunkte (T5 und T6) wurden zur Analyse von dem primären und den sekundären Endpunkt(-en) herangezogen. Die im Follow-up erhobenen Daten dienten ggf. zur Behandlung fehlender Werte und flossen darüber hinaus in die deskriptive Auswertung ein, um Veränderungen und Verläufe im Längsschnitt sichtbar zu machen und potenzielle Trends über die Studiendauer hinweg zu identifizieren.

Die Datenerhebung erfolgte für die Dauer des Follow-ups (15-18 Monate) oder bis zum Tag des Studienabbruchs. Der Studienabbruch wurde dokumentiert, sofern Patient*innen verstarben, Ärzt*innen oder Patient*innen die Teilnahme aktiv beendeten oder wenn Patient*innen im Verlauf der Studie als L2FU eingestuft wurden. In diesen Fällen erfolgte die Nachbeobachtung der Patient*innen nur bis zum Eintritt des jeweiligen Ereignisses, z. B. Tod, aktivem Studienaustritt oder dem letzten dokumentierten Kontakt im Fall von L2FU (z. B. dem zuletzt eingegangenen Fragebogen). Als L2FU galten Patient*innen, die nach der Baseline-Erhebung die Studie nicht aktiv abbrachen und keine Fragebögen zum vorgesehenen Follow-up-Zeitpunkt (T5 bzw. T6, abhängig vom Einschlussdatum) zurücksandten.

Die **Angehörigenfragebögen** und deren Unterstützungs- und Informationsbedarf wurden zu drei Erhebungszeitpunkten mit einem Abstand von jeweils sechs Monaten erfasst (T0 bis T2). Die Datenerhebung startete sechs Monate nach Einschluss der Patient*innen (jeweils nach Rücklauf der T2-Patientenfragebögen).

In den Befragungen wurden sowohl validierte Instrumente (sofern vorhanden) als auch für das Projekt entwickelte Items eingesetzt, die auf Basis der zur Verfügung stehenden Literatur entwickelt wurden (siehe Anlage 7).

Zusätzlich wurden studienbezogene Primär- und Sekundärdaten mithilfe eines **eCRF** dokumentiert. Die Datenerfassung erfolgte standortbasiert durch autorisierte Mitarbeitende der teilnehmenden Einrichtungen, die zuvor im Umgang mit dem eCRF geschult worden waren. Das eCRF war webbasiert, passwortgeschützt und erfüllte die datenschutzrechtlichen und technischen Anforderungen gemäß Datenschutz-Grundverordnung sowie die Vorgaben zur Qualitätssicherung in klinischen Studien. Die Erhebung umfasste soziodemografische Merkmale und versorgungsbezogene Daten der Patient*innen im Studienverlauf. Durch die elektronische Eingabe wurden Eingabevalidierungen und Plausibilitätsprüfungen automatisch

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

durchgeführt, um die Datenqualität zu gewährleisten. Regelmäßige Datenmonitorings trugen zusätzlich zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Korrektheit der Angaben bei.

Die Fragebögen wurden mittels TeleForm, einer Scanner-basierten Software zum automatisierten Einlesen von Fragebögen (Electric Paper Informationssysteme GmbH, 2022), digitalisiert. Dabei erfolgte eine erste Plausibilitätsprüfung, bei der z. B. Mehrfachantworten zu einer Frage gemäß einer vordefinierten Strategie verarbeitet wurden. Zur Wahrung methodischer Vorsicht wurde hierbei in der Regel die konservativere Antwort berücksichtigt.

Zusätzlich wurde eine Prüfung auf Implausibilitäten durchgeführt, etwa bei Datumsangaben außerhalb des vorgegebenen Studienzeitraums. Konnten fehlerhafte Datumsangaben nicht eindeutig rekonstruiert werden, wurden sie mit "keine Angabe" (NA) codiert, um die Datenkonsistenz zu wahren und unzulässige Interpretationen zu vermeiden. Ebenso wurde überprüft, ob fehlende Angaben durch Informationen aus untergeordneten (filterabhängigen) Folgefragen ergänzt werden konnten, sofern dies logisch eindeutig möglich war.

Zur Behandlung fehlender Werte wurde zusätzlich das LOCF-Verfahren (Last Observation Carried Forward) angewendet: Fehlende Werte zu späteren Messzeitpunkten wurden durch die jeweils zuletzt erhobenen Werte aus den vorhergehenden Zeitpunkten T1 bis T4 bzw. T5 ersetzt. Dieses Vorgehen wurde verwendet, um die Vollständigkeit der Verlaufsdaten für die Analyse sicherzustellen.

Alle vorgenommenen Korrekturen und Ergänzungen wurden nachvollziehbar dokumentiert und im Rahmen eines strukturierten Datenmanagementprozesses versioniert. Die Datenbereinigung erfolgte gemäß eines vorab definierten Protokolls, das sowohl die Nachvollziehbarkeit aller Änderungen als auch die Qualität und Integrität der finalen Datensätze sicherstellte.

2.7.2.3 Auswertungspopulationen

In die Auswertung der primären und sekundären Endpunkte gingen nur Patient*innen ein, die

1) ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben hatten,
2) einen T0-Baselinefragebogen ausgefüllt und
3) mindestens einen Follow-up-Fragebogen (T1-T6) eingereicht hatten.

Darüber hinaus erfolgte eine weitere Differenzierung der Auswertungspopulationen nach dem Intention-to-Treat-(ITT)- und dem Per-Protocol-(PP)-Prinzip (European Medicines Agency, 1998).

ITT:
In der primären Analyse wurde die ITT-Analysepopulation herangezogen, um die Wirksamkeit der Intervention in der Zielpopulation zu untersuchen. Die Analyse wurde auf Ebene der Patient*innen in einer geschlossenen Kohorte durchgeführt, d.h. es wurden Patient*innen einbezogen, die in der jeweiligen Rekrutierungsphase die Einschlusskriterien erfüllten und der Studienteilnahme zustimmten. Nach den Prinzipien einer ITT-Analyse wurden die onkologischen Einrichtungen und deren Patient*innen gemäß der jeweiligen zugeordneten Studiengruppe in der Analyse berücksichtigt, unabhängig davon, ob die onkologische Einrichtung die Intervention umsetzte, ablehnte, einstellte oder Patient*innen die Intervention erhielten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient*innen wurden bis zum Ende der Studienlaufzeit nachbeobachtet, sofern sie nicht verstarben, ihre Teilnahme aktiv beendeten oder im Verlauf der Studie als L2FU eingestuft wurden. In diesen Fällen erfolgte die Nachbeobachtung der Patient*innen nur bis zum Eintritt des jeweiligen Ereignisses, z. B. Tod, aktivem Studienaustritt oder dem letzten dokumentierten Kontakt im Fall von L2FU (z. B. dem zuletzt eingegangenen Fragebogen).

PP:
Die PP-Population definiert eine Subgruppe von onkologischen Einrichtungen und Patient*innen, die gemäß dem Studienprotokoll an der Studie teilnahmen. Daher wurden in dieser Subgruppe positivere Interventionseffekte als in der ITT-Analysepopulation erwartet. Analysen in dieser Population bilden in der Regel das Interventionspotenzial ab, Effekte sind jedoch aufgrund der Selektion der Population potenziell systematisch verzerrt. Es wurden zwei PP-Populationen definiert:

1. Die **erste Definition** der PP-Population (**PP1**) schließt alle onkologischen Einrichtungen ein, welche die wesentlichen Interventionselemente in der IG bzw. den C-RCT-Gruppen umsetzten (d.h. das OncoCoaching umsetzten, mindestens in einem Patientenfall ein KoPP-Gespräch ermöglichten und mindestens eine interprofessionelle Interaktion zwischen OC und KoPP stattfand). Auf Ebene der Patient*innen wurden alle Patient*innen einbezogen, die in solcher definierten onkologischen Einrichtung versorgt wurden. Patient*innen wurden bis zum Ende der Studienlaufzeit nachbeobachtet, sofern sie nicht verstarben, ihre Teilnahme aktiv beendeten oder im Verlauf der Studie als L2FU eingestuft wurden. In diesen Fällen erfolgte die Nachbeobachtung der Patient*innen nur bis zum Eintritt des jeweiligen Ereignisses, z. B. Tod, aktivem Studienaustritt oder dem letzten dokumentierten Kontakt im Fall von L2FU (z. B. dem zuletzt eingegangenen Fragebogen).

2. Analog zur PP1 wurden in der **zweiten Definition** der PP-Population (**PP2**) ebenfalls alle onkologischen Einrichtungen eingeschlossen, welche die wesentlichen Interventionselemente in der IG bzw. den C-RCT-Gruppen umsetzten (d.h. das OncoCoaching umsetzten, mindestens in einem Patientenfall ein KoPP-Gespräch ermöglichten und mindestens eine interprofessionelle Interaktion zwischen OC und KoPP stattfand). Im Unterschied zur PP1 wurden in der PP2 nur Patient*innen berücksichtigt, die OncoCoaching sowie KoPP-Gespräche erhielten (oder das Angebot der KoPP-Gespräche ablehnten). Damit ist die Definition der PP2 restriktiver, da alle Patient*innen mit den wesentlichen Interventionselementen konfrontiert wurden. Beobachtungszeiten und weitere Ausschlüsse auf Ebene der Patient*innen wurden analog zur PP1 definiert.

   In den jeweiligen Vergleichsgruppen (VG I bzw. VG II) wurden alle teilnehmenden onkologischen Einrichtungen und Patient*innen mit Einverständniserklärung berücksichtigt.

2.7.2.4 Fallzahlberechnung

Um über einen Follow-up Zeitraum von 18 Monaten eine tendenziell moderate Effektstärke von 0,5 (Cohens d) zwischen IG und erweiterter Regelversorgung (VG II) beobachten zu können, würden unter Annahme eines Signifikanzniveaus von 5 % (α = 0,05), eines zweiseitigen T-Tests für unabhängige Stichproben sowie einer Power von 80 % (β = 0,20) insgesamt 130 Patient*innen in einer auf Patientenebene randomisierten kontrollierten Studie benötigt (berechnet mit G*Power 3.1). Auf Basis der Berechnung und unter

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Berücksichtigung der Cluster-Randomisierung und eines Intra-Cluster Korrelationskoeffizienten (ICC) von 0,05 sowie einer durchschnittlichen Clustergröße von 25 Patient*innen je Institution, wurden 13 Institutionen je Gruppe benötigt (Designfaktor 2,45). Unter Annahme, dass ca. zwei der 13 Institutionen während der Studienlaufzeit abbrechen (z.B. wegen Ausfall der OncoCoaches), wurde angestrebt, mindestens 15 Institutionen je Gruppe zu rekrutieren und insgesamt mind. 750 (2x375) Studienpatient*innen für VG II und die IG einzuschließen.

Für VG I wurde eine Stichprobengröße gleichen Umfangs (375 Patient*innen) angestrebt, welche für die Auswertung vorliegen sollte. Unter Berücksichtigung der hohen Drop-out-Raten bei onkologischen Patient*innen wurde je Vergleichsgruppe die Rekrutierung von 600 Patient*innen beabsichtigt, um die benötigte Fallzahl für den primären Endpunkt der C-RCT zu erreichen. Der VG I standen die 30 Institutionen der VG II und IG zur Verfügung.

Die Erreichung der Fallzahl gestaltete sich im Projektverlauf als herausfordernd. Die Herausforderungen hatten keinen Einfluss auf die berechnete und benötigte Fallzahl, allerdings wurden zur Erreichung der Fallzahl Rekrutierungszeiträume verlängert und onkologische Einrichtungen bei Bedarf nachrekrutiert.

2.7.2.5 Datenauswertung

Die Datenaufbereitung und -analyse erfolgte mit R (Version 4.4.1) (Posit team, 2025; R Core Team, 2025).

Deskriptive Analysen:
Die Studienpopulation wurde anhand der folgenden Variablen tabellarisch beschrieben und verglichen: Alter, Geschlecht, Krebsdiagnose, Performance-Status (Karnofsky. oder ECOG), Bundesland und Einrichtungsart sowie Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T0. Der Vergleich der Charakteristika erfolgte zwischen der VG I und den C-RCT Gruppen bzw. der IG und der VG II innerhalb der Einschluss-Population bzw. ITT-Analysepopulation. Der Vergleich der Variablen erfolgt in der Regel anhand von Häufigkeiten (bei kategorialen Merkmalen) bzw. Mittelwerten und Standardabweichungen (bei metrischen Merkmalen).

Zur Veranschaulichung des zeitlichen Verlaufs wurden die unter Kapitel 2.7.1 genannten Endpunkte zudem grafisch aufbereitet. Die Darstellung erfolgt jeweils für die ITT-Analysepopulation und den Gruppenvergleich VG II vs. IG sowie für C-RCT vs. VG I.

Inferenzanalysen:
Die primäre Analyse wurde auf Ebene der Patient*innen der ITT-Analysepopulation durchgeführt. Betrachtet wurde der Gesamtscore des Informations- und Unterstützungsbedarfs 18 Monate nach Einschluss (Zeitpunkt T6). Zur Berücksichtigung von Cluster-Effekten wurde für die Analyse des Unterstützungsbedarfs ein gemischtes lineares Modell verwendet. Dabei wurden die Variablen Studiengruppe sowie der Gesamtscore des Unterstützungsbedarfs zu Baseline (Zeitpunkt T0) als feste Effekte und die Zugehörigkeit zur onkologischen Einrichtung als Zufallseffekt berücksichtigt. Aufgrund der stratifizierten Randomisierung wurden in der Analyse die Variablen Einrichtungsart (fester Effekt),

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einzugsgebiet der AOK Hessen[1] (fester Effekt) und Bundesland (Zufallseffekt) berücksichtigt. Auf dieser Grundlage wurde die Abbildung des folgenden Modells angestrebt (Formel 2):

Formel 2:

$$Y_{ijkl} = \beta_0 + \beta_1 Studiengruppe_i + \beta_2 Unterstützungsbedarf\ T0_i + \beta_3 Einrichtungsart_i + \beta_4 \mathrm{VersicherungAOK}_i + u_{j(k)} + v_k + \varepsilon_{ijkl}$$

Dabei ist:
Y_{ijkl} = Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T6 (primärer Endpunkt) für die Person i, in Einrichtung j, im Bundesland k.
β_0 = Interzept (Achsenabschnitt)
β_1 = Effekt der Studiengruppe (Interventions- vs. VG II)
β_2 = Effekt des Unterstützungsbedarfs zu Baseline (Gesamtscore zu T0)
β_3 = Effekt der Einrichtungsart (Niedergelassene Praxis, MVZ oder Klinikambulanz)
β_4 = Effekt des Einzugsgebiets der AOK Hessen (ja/nein)
$u_{j(k)} \sim N(0, \sigma_u^2)$ = Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung j, genestet im Bundesland k
$v_k \sim N(0, \sigma_v^2)$ = Zufallseffekt des Bundeslands k
$\varepsilon_{ijkl} \sim N(0, \sigma^2)$ = Residualfehler

Singularitäts- und Konvergenzprobleme bei der Parameterschätzung traten sowohl in den primären als auch in den sekundären Analysen auf und führten zur Überprüfung der Modellgüte. Zu diesem Zweck wurden Likelihood-Ratio-Tests zum Modellvergleich durchgeführt sowie die zufällige Interzept-Varianz und die Intraklassenkorrelation (ICC) analysiert.

Obwohl die Variablen „Versicherung bei der AOK (ja/nein)“ und „Bundesland“ im Rahmen der Randomisierung als Stratifizierungsfaktoren berücksichtigt wurden, ergaben die Likelihood-Ratio-Tests keinen Hinweis auf eine verbesserte Modellpassung bei Einbezug dieser Variablen. Der Zufallseffekt „Bundesland“ sowie der feste Effekt „Versicherung bei der AOK“ wurden daher in Modellen mit Singularitäts- oder Konvergenzproblemen ausgeschlossen, um eine Überanpassung zu vermeiden. Dabei erfolgte die Reduktion von Kovariablen schrittweise.

Ein Modellvergleich mittels Likelihood-Ratio-Test zwischen Modellen mit und ohne den Zufallseffekt „onkologische Einrichtung“ (randomisierte Clusterebene) zeigte ebenfalls keine verbesserte Modellpassung. Zur weiteren Überprüfung dieses Effekts wurden die zufällige Interzept-Varianz und die ICC herangezogen. Im primären Modell wurde die Interzept-Varianz auf Einrichtungsebene (VarCorr) auf 0 geschätzt, was auf fehlende zwischen-einrichtungsbezogene Variation hindeutet. Entsprechend war auch die ICC gleich 0, und das Modell zeigte Singularität. Obwohl die Varianz dieses Zufallseffekts in einigen Modellen sehr gering oder nicht schätzbar war, blieben die Schätzungen der Haupteffekte (z. B. Studiengruppe) mit und ohne Einbezug dieses Effekts nahezu identisch. Trotzdem wurde die Einrichtungsebene im Modell beibehalten, um die Randomisierungsstruktur methodisch

[1] Die Verwendung dieser Kovariable trug dazu bei, eine ausgewogene Balance der Gruppengrößen in der IG und der VG II sicherzustellen, was für die Analysen auf Basis von Routinedaten von Bedeutung war.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

korrekt abzubilden und die Vergleichbarkeit der Modelle über verschiedene Endpunkte hinweg sicherzustellen.

Somit ergab sich für die ITT-Analyse des Unterstützungsbedarfs nach 18 Monaten im Vergleich zwischen der IG und der VG II folgendes Modell (siehe Formel 3):

Formel 3:

$$Y_{ijl} = \beta_0 + \beta_1 Studiengruppe_i + \beta_2 Untestützungsbedarf\ T0_i + \beta_3 Einrichtungsart_i + \beta_4 \mathrm{VersicherungAOK}_i + u_j + \varepsilon_{ijl}$$

Für die Sensitivitätsanalysen wurden zusätzlich Alter und Geschlecht als feste Effekte in das Modell aufgenommen.

Das in Formel 2 dargestellte Modell sowie das beschriebene Vorgehen zur Prüfung der Modellgüte wurden auch auf die in Kapitel 2.7.2.1 aufgeführten Endpunkte übertragen. Abhängig von der Art der jeweiligen Endpunkte kamen generalisierte gemischte lineare Modelle zum Einsatz: Für kontinuierliche Endpunkte wurden lineare Modelle verwendet, für Zählvariablen Poisson-Modelle und für dichotome Endpunkte logistische Regressionen. Auch hier wurden für Sensitivitätsanalysen zusätzlich Alter und Geschlecht als feste Effekte in das Modell aufgenommen. Abweichend vom Analyseplan wurden die inferenzstatistischen Analysen zu den Endpunkten der Zufriedenheit nicht durchgeführt, da die vorhandene Datengrundlage eine aussagekräftige Analyse aus statistischen Gründen nicht zuließ.

<u>Gruppenvergleiche</u>
Grundsätzlich wurden für alle Endpunkte zwei Gruppenvergleiche durchgeführt:

1) IG vs. VG II sowie
2) VG I vs. C-RCT-Gruppe [VG II + IG].

Die Zusammenführung von IG und VG II war möglich, da in beiden Gruppen alle Interventionselemente grundsätzlich zur Verfügung standen. Allerdings erhielt nur die IG eine systematische Implementierung, während diese in der VG II fehlte (siehe Kapitel 2.5).

Vergleich (1) diente der Untersuchung der Effekte der Implementierungsstrategie, während mit Vergleich (2) die Interventionseffekte evaluiert wurden.

<u>Subpopulationen</u>
Die Analyse der in Kapitel 2.7.2.1 aufgeführten Endpunkte sowie die Gruppenvergleiche erfolgten sowohl in der ITT-Analysepopulation als auch innerhalb der folgenden Subpopulationen:

- PP1-Population
- PP2-Population

Für die Regressionen der aufgeführten Analysen wurde das Signifikanzniveau mit 5% definiert. Alle Analysen wurden mit R durchgeführt. Dabei kamen die Packages „lme4“, „lmerTest“, „performance“, „gtsummary“ und „ggplot2“ zum Einsatz (Bates et al., 2003; Bates et al., 2025; Lüdecke et al., 2019; Sjoberg et al., 2025; Wickham et al., 2025).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.8 Prozessevaluation

2.8.1 RE-AIM QuEST – Mixed-Methods

Die Prozessevaluation orientierte sich am Mixed-Methods-Framework RE-AIM Qualitative Evaluation for Systematic Translation (RE-AIM QuEST) (Forman et al., 2017), das eine systematische Verknüpfung qualitativer (Qual) und quantitativer (Quan) Daten entlang der fünf RE-AIM-Dimensionen (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) ermöglicht. Die Nutzung dieses erweiterten Frameworks wurde bereits in mehreren Studien bestätigt (MacDonald et al., 2019; Palmer Molina et al., 2024).

Mit dem übergeordneten Zweck der „Triangulation“ für die Mixed-Methods-Evaluation von OnCoPaTh wurden die Datenquellen und -arten (Qual + Quan) integriert, um die Validität von Konstrukten und Untersuchungsergebnissen zu erhöhen (Greene et al., 1989). Die Ergänzung und Zusammenführung beider Datentypen und Forschungsstränge eröffnete eine Symbiose und ermöglichte eine komplementäre Betrachtung, wodurch eine ganzheitlichere Analyse und erhöhte Aussagekraft der Ergebnisse ermöglicht wurden (Fetters et al., 2013). Die Synthese erfolgte in Form von side-by-side Joint Displays im Diskussionsteil (Kapitel 4.1.2), in denen quantitative Befunde den qualitativen Ergebnissen gegenübergestellt und hinsichtlich Konsistenz oder Divergenz interpretiert wurden. Auf dieser Grundlage wurden Meta-Inferenzen zur Gesamtbewertung abgeleitet (Creswell & Plano Clark, 2018; Fetters, 2020).

2.8.2 Outcomes – RE-AIM

Das RE-AIM Framework evaluiert die folgenden Outcomes (R. E. Glasgow et al., 1999; RE-AIM, 2025a):

Tabelle 2: Dimensionen des RE-AIM Frameworks in Anlehnung an RE-AIM (2025b)

Dimension	Definition
Reach (Reichweite)	Die absolute Anzahl, der Anteil und die Repräsentativität der Personen, die bereit sind, an einer Initiative, Intervention oder einem Programm teilzunehmen, sowie die Gründe dafür oder dagegen.
Effectiveness (Wirksamkeit)	Die Auswirkung einer Intervention auf wichtige individuelle Outcomes, einschließlich potenzieller negativer Effekte sowie weiterreichender Auswirkungen auf Lebensqualität und ökonomische Outcomes; außerdem die Variabilität zwischen Subgruppen (Generalisierbarkeit bzw. Heterogenität der Effekte).
Adoption (Übernahme)	(Settingebene) Die absolute Anzahl, der Anteil und die Repräsentativität der Settings und Interventionsakteure (Personen, die das Programm durchführen), die bereit sind, ein Programm zu initiieren, sowie die Gründe hierfür. Dabei kann Adoption viele (verschachtelte) Ebenen umfassen – z. B. Mitarbeitende unter einer Leitung, innerhalb einer Klinik oder Schule, eines Systems oder einer Gemeinde.
Implementation (Implementierung)	Auf der Settingebene bezieht sich Implementierung auf die Umsetzungstreue (fidelity) der Interventionsakteure gegenüber den verschiedenen Elementen der Kernfunktionen oder -komponenten einer Intervention, einschließlich der konsistenten Durchführung wie vorgesehen sowie des Zeit- und Kostenaufwands der Intervention.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Wichtig: Sie umfasst auch Anpassungen an Interventionen und Implementierungsstrategien.
Maintenance (Aufrechterhaltung)	Auf der Settingebene bezeichnet Maintenance das Ausmaß, in dem ein Programm oder eine Maßnahme institutionalisiert wird bzw. Teil der routinemäßigen organisationalen Praktiken und Richtlinien wird. Im RE-AIM Framework gilt Maintenance auch auf der individuellen Ebene, wo sie als langfristige Wirkungen eines Programms auf Outcomes nach Abschluss eines Programms definiert wird. Der genaue Zeitrahmen für die Bewertung der Maintenance (Aufrechterhaltung) und des Sustainment (Verstetigung) variiert je nach Projekt.

2.8.3 Datenerhebung und Datenaufbereitung

Im Folgenden werden die verschiedenen Erhebungen der Prozessevaluation beschrieben sowie die sonstigen Datenquellen aufgeführt, welche für die Prozessevaluation verwendet wurden.

2.8.3.1 Quantitative Erhebungen – Schriftliche Befragungen (Fragebögen)

Es wurden verschiedene schriftliche Erhebungen auf Organisationsebene von Zeitpunkt T0 bis T6 umgesetzt, um Themen wie:

- Kontextfaktoren
- interprofessionelle Zusammenarbeit
- Organisationale Gesundheitskompetenz aus der Organisationsperspektive
- Führungseigenschaften
- Kontinuität der Versorgung
- Bewertung der OncoCoach-Schulung
- Bewertung der Early Integration
- Akzeptanz und empfundene Praktikabilität der neuen Versorgungsform
- Adoption/Uptake
- Nachhaltigkeitspotenzial
- hemmende und fördernde Faktoren des Implementierungsprozesses

abzubilden.

Die quantitativen Befragungen (Fragebögen, siehe Anlage 8) erfolgten pseudonymisiert, um Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit beim Antwortverhalten möglichst gering zu halten, und um eine hohe Rücklaufquote zu erreichen. Befragt wurde das Gesundheitspersonal, sprich alle MFA/Pflegekräfte der beteiligten onkologischen Institutionen, die eine Weiterbildung zum*zur OC gemacht hatten, konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkräfte (KoPP), die an der Patientenversorgung im Rahmen des Projekts beteiligt waren, sowie Prüfärzt*innen der teilnehmenden onkologischen Institutionen.

Die schriftlichen Befragungen der **Ärzt*innen** wurden zu zwei Zeitpunkten durchgeführt: zum Zeitpunkt T2 (Quartal 1 und Quartal 2/2022) nach der Implementierungsphase der nVF und während der Rekrutierungsphase der C-RCT sowie zum Zeitpunkt T4 (Quartal 2/2023) etwa ein Jahr später während der Nachbeobachtungsphase der C-RCT. Die Befragungen fanden zeitlich wie geplant statt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die **OncoCoaches bzw. das zu schulende Personal in Form von MFAs und Pflegekräften** wurde(n) mittels Fragebogen zu drei Zeitpunkten (zu T0 (Quartal 3/2020) vor dem Start der Studiendurchführung, zu T1 (grundsätzlich erstes Quartal 2021) nach der OncoCoach-Schulung sowie zu T6 (geplant für Quartal 4/2023 und erfolgt in Quartal 1/2024 gegen Ende der Studiendurchführung) befragt.

KoPPs

Die **KoPPs** nahmen im Rahmen der Evaluation zu mehreren Erhebungszeitpunkten an quantitativen Befragungen teil. Die Basiserhebung in VG I wurde bundesweit mit Palliativpflegekräften durchgeführt. Aufgrund von zeitlichen Verzögerungen bei der Rekrutierung erfolgte die Befragung zu zwei Zeitpunkten (T0 und T1). Aufgrund des geringen Rücklaufs bei der T1-Befragung wurde zusätzlich ein Online-Fragebogen eingesetzt. Dieser wurde per E-Mail an sämtliche Einrichtungen der palliativen Versorgung gesendet.

Die teilnehmenden KoPPs der C-RCT-Phase wurden schriftlich mittels Fragebogen zu 6 Zeitpunkten (T0, T1, T2, T3, T4, T6) befragt. Aufgrund von Herausforderungen in der Studienumsetzung, z.B. der hohen Fluktuation von KoPPs, konnten von den ursprünglich 7 geplanten Befragungen nur die beschriebenen 6 umgesetzt werden. Die Themen der geplanten Befragung zu T5 wurden in die Befragung zu T4 und T6 integriert. Die Themen der Befragung der KoPPs sind analog zu denen der OCs.

An allen Erhebungszeitpunkten kamen standardisierte sowie selbstentwickelte Fragebogenteile zum Einsatz, wobei sich die Inhalte im Verlauf der Studie erweiterten. Zu T0, T1 und T2 umfasste der Fragebogen jeweils einen selbstentwickelten Abschnitt zu Informationsaustausch, Zusammenarbeit und Kommunikation, die Skala zur Gesundheitskompetenz (HLHO-10), die Skala zur interprofessionellen Kommunikation und Interaktion (UWE-IP) sowie Fragen zu soziodemografischen Angaben. Ab T3 wurde der Fragebogen um den ORIC-Fragebogenteil ergänzt, der die Implementierung und Umsetzung des Projekts erfasste. Diese Struktur wurde auch zu T4 beibehalten. Zum letzten Erhebungszeitpunkt T6 kamen zusätzliche, selbstentwickelte Module hinzu: ein Abschnitt zum zeitlichen Aufwand der Tätigkeit als KoPP sowie ein Abschnitt zur Nutzung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh. Darüber hinaus wurde mit dem G-NoMAD ein weiterer standardisierter Fragebogen zur Bewertung der Einführung und Anwendung von OnCoPaTh ergänzt. Alle zuvor bereits erhobenen Module – HLHO-10, UWE-IP, ORIC sowie die soziodemografischen Angaben – wurden auch zu T6 erneut erfasst. Im Folgenden werden die genutzten Fragebogenteile erläutert.

2.8.3.2 Qualitative Erhebungen – Interviews

2.8.3.2.1 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal (OC, KoPP)

Die qualitativen Erhebungen (Interviews) mit den OncoCoaches und KoPPs fanden zu drei Zeitpunkten statt: zu T2 (Quartal 1 und 2 2022) nach der Implementierungsphase der nVF und während der Rekrutierungsphase der C-RCT; zu T4 (Quartal 2 2023), ca. ein Jahr später während der Nachbeobachtungsphase der C-RCT; und zu T7 (Quartal 1 2024), gegen Ende der Studienphase). Mit den Interviews wurde zeitlich grundsätzlich wie geplant begonnen, allerdings erstreckte sich die Durchführung über einen Zeitraum von mehreren Monaten aufgrund der Erreichbarkeit der OCs und KoPPs sowie der Terminvereinbarung. Die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

verschiedenen Erhebungszeitpunkte erlauben eine qualitativ längsschnittliche Betrachtung der Entwicklung über die Projektlaufzeit sowie die Erfassung von langfristigen Veränderungen und deren Bewertung.

Die Auswahl der Interviewteilnehmenden erfolgte kriteriengeleitet (purposeful sampling (Ahmad & Wilkins, 2025; Palinkas et al., 2015) in Anlehnung an die sampling matrix des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (The Consolidated Framework for Implementation Research, 2009b). Als Kriterien fungierten die Art der Versorgungseinrichtung (Klinik, MVZ, niedergelassene Einrichtung) sowie die Studiengruppe (IG oder VG II). Die OncoCoaches wurden zunächst durch die Konsortialführung, den Arbeitskreis klinische Studien e. V., für ein Interview angefragt. Nach Zustimmung und Übermittlung von Kontaktdaten (Telefonnummer, Mailadresse) wurde Kontakt durch Mitarbeitende des Evaluators BKG aufgenommen. Die KoPPs wurden über den SAPV Fachverband Hessen e. V. angefragt. Nach Zustimmung und Übermittlung von Kontaktdaten (Telefonnummer, Mailadresse) erfolgte die Terminfindung durch Mitarbeitende des WINHOs. Für die Interviews mit dem Gesundheitspersonal war eine Dauer von ca. 45 Minuten geplant.

Theoretical Sampling Framework		
Axis of Diversity	**Operationalized Selection Criteria**	**Rationale for operationalization**
Treatment Group	Two Groups: (1) intervention (2) control group	Implementation may vary between groups, as different elements of intervention and implementation strategies have been allocated.
Form of Organization	Three groups: (3) outpatient practice (4) ambulatory clinic (5) medical centre	Implementation strategy and intervention effectiveness may vary depending on the organizational environment and the associated management structure

Abbildung 3: Sampling matrix – Organisationsebene

Die Interviews erfolgten leitfadengestützt und digital (face-to-face) per Zoom und wurden nach Zustimmung aufgezeichnet. Die Audiodateien wurden in Anlehnung an die Regeln für die inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing und Pehl transkribiert (Dresing & Pehl, 2024).

Der Leitfaden wurde auf Basis der zu erfassenden Zielparameter und Aspekte erstellt, die im Evaluationskonzept definiert wurden (siehe Anlage 7) und bei Bedarf mit jeder Interviewrunde anhand der bisherigen Erfahrungen aus den Interviews adaptiert. In Anlehnung an das Evaluationskonzept wurden die folgenden Aspekte im Rahmen der Interviews erhoben (siehe Anlage 9):

- Bewertung der Early Integration
- Akzeptanz und empfundene Praktikabilität
- hemmende und fördernde Faktoren des Implementierungsprozesses unter Berücksichtigung des CFIR und Tailored Implementation for Chronic Diseases (TICD)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Frameworks (Breimaier et al., 2015; The Consolidated Framework for Implementation Research, 2009a; Wensing, 2017)
- Nutzen der Implementierungsstrategien

Zur Abbildung dieser Aspekte wurde zunächst als Gesprächsgrundlage zu jedem Interviewzeitpunkt die aktuelle Versorgung der OnCoPaTh-Patient*innen in der Versorgungseinrichtung sowie die Optimalversorgung unter Verwendung der PICTOR-Methode (King et al., 2013) abgebildet. Die PICTOR-Methode ermöglichte damit die Thematisierung der beteiligten Akteure in der Versorgung sowie die Interaktion zwischen diesen Akteuren. Hierfür wurde unter Anwendung von Szenarien, welche die Interviewteilnehmer*innen beschrieben, gemeinsam mit den Interviewteilnehmer*innen eine Abbildung über ein digitales Whiteboard (Miro-Board (miro, 2025)) erstellt. Interviewteilnehmer*innen sollten sich im ersten Schritt an eine*n Patient*in erinnern, die*den sie in der VG I oder in der C-RCT-Phase eingeschlossen haben. Im zweiten Schritt sollten alle Personen oder Institutionen genannt werden, die in der Versorgung dieser Person eine Rolle spielten. Die genannten Personen oder Akteure wurden zunächst auf dem digitalen Whiteboard aufgeführt. Im dritten Schritt wurden Teilnehmer*innen gebeten, die genannten Akteure entsprechend der Versorgungsrealität anzuordnen und ihre Abbildung zu erläutern. Mittels Probing-Fragen wurden im weiteren Verlauf die Rollenbeschreibungen der OCs und KoPPs sowie der frühen palliativen Integration sowie die interprofessionelle Interaktion thematisiert. Für den Interviewleitfaden wurde weitergehend das RE-AIM Framework (R. E. Glasgow et al., 1999) mit seinen fünf Dimensionen zugrunde gelegt sowie um weitere relevante Themen ergänzt. Damit wurden die im Evaluationskonzept angeführten Aspekte im Leitfaden über folgende Dimensionen abgebildet:

- Reach
- Empfundene Effektivität
- Adoption
- Akzeptabilität und empfundene Praktikabilität (Soll-Zustand, Veränderungsbedarf)
- Implementierung(-sprozess) (Ist- und Soll-Zustand, hemmende und fördernde Faktoren)
- Bewertung der Early Integration
- Maintenance

Der Leitfaden wurde zunächst im Rahmen eines Interviews vorab getestet und anschließend entsprechend adaptiert.

<u>KoPPs</u>

Für die Durchführung der qualitativen Expert*innen-Interviews mit den KoPPs wurde ein Interviewleitfaden basierend auf einer Literaturrecherche konzipiert. Grundlage bildeten u. a. qualitative Forschungsmethoden der Grounded Theory (White & Cooper, 2022) und der thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006), die eine flexible und reflexive Anpassung der Leitfragen an die Projektentwicklung erlaubten. Die Validierung des Leitfadens wurde im Rahmen von drei Pilotierungsinterviews mit KoPPs durchgeführt. Da es nur nach dem ersten Pilotierungsinterview substantielle Anpassungen des Leitfadens gab, konnten die beiden weiteren Interviews in die Datenerhebung und -analyse integriert werden. Die Leitfäden wurden über den Projektverlauf hinweg mehrfach überarbeitet und angepasst, um

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

unterschiedliche Phasen und Erkenntnisinteressen zu adressieren (siehe Anlage 9). Die Entwicklung folgte einem iterativen und praxisorientierten Prozess, der sowohl theoretische Konzepte als auch die praktische Umsetzbarkeit und Rückmeldungen aus vorangegangenen Interviews berücksichtigte. Die Einstiegsfrage war narrativ formuliert, um dadurch zu Beginn des Interviews Vertrauen aufzubauen und eine offene Erzählsituation zu ermöglichen. Der Interviewleitfaden ist modular aufgebaut und in vier zentrale Themenkategorien gegliedert, die im Verlauf der Projektphasen gleichblieben, jedoch durch spezifische Fragen erweitert oder vertieft wurden.

Teilnehmende KoPPs wurden mittels teilstrukturierter qualitativer Interviews zu ihren Einschätzungen und Erfahrungen mit dem Projekt OnCoPaTh, sowie der Umsetzung der neuen Kommunikationspfade im Rahmen des Projekts und der Zusammenarbeit mit den Onco-Coaches und den onkologischen Einrichtungen befragt. Aufgrund des zeitlichen wie auch ökonomischen Aufwands für die Durchführung und Auswertung wurde die Zahl dieser Interviews bereits im Vorfeld auf ca. 10 Interviewteilnehmende pro Erhebungszeitpunkt limitiert. Die Fallauswahl erfolgte im Sinne eines qualitativen Stichprobenplans nach der Methode der absichtsvollen Stichprobenziehung („purposive/purposeful sampling“) nach dem Top-down-Verfahren (Schreier et al., 2023).

Miro-Boards: Eine Besonderheit war der begleitende Einsatz des Miro-Boards in allen Erhebungswellen der KoPP-Interviews. Dieses diente der grafischen Unterstützung des Gesprächsverlaufs und ermöglichte eine visuelle Nachverfolgung und Überarbeitung der Versorgungslandschaft, wie sie von den KoPPs beschrieben wurde. Zur Evaluation wurde die Pictor-Technique (King et al., 2013) als visuelle und narrative Analysemethode verwendet. Diese Methode ermöglicht eine strukturierte Auseinandersetzung mit komplexen Beziehungs- und Handlungskonstellationen, wie sie im Rahmen von Gruppenarbeiten auf Miro-Boards visualisiert wurden. Ziel war es, ein tieferes Verständnis der subjektiven Perspektiven, Interaktionen und Prioritäten der Teilnehmenden zu gewinnen.

2.8.3.2.2 Interviews mit Patient*innen

Interviews auf Patientenebene fanden ebenfalls zu drei Zeitpunkten statt. IG-Patient*innen erhielten mit ihrem T2-Fragebogen eine Interviewanfrage und Einverständniserklärung, welche ausgefüllt (inkl. Telefonnummer zur Kontaktaufnahme) an den Evaluator BKG, welcher die Interviews führte, zurückgeschickt wurde. Anschließend wurden die Patient*innen zur Terminvereinbarung telefonisch von Mitarbeitenden des Evaluators BKG kontaktiert. Die Interviews wurden patientenindividuell zu T2, T4 und T6 (mit ca. 6 Monaten Abstand zwischen den Zeitpunkten) geführt.

Die Auswahl der Interviewteilnehmenden erfolgte, analog zu den OCs, kriteriengeleitet (purposeful sampling) in Anlehnung an die sampling matrix des CFIR). Als Kriterien fungierten die Art der Versorgungseinrichtung (Klinik, MVZ, niedergelassene Einrichtung), das Geschlecht (weiblich, männlich) sowie das Alter als kategoriale Variable (<60 Jahre, 60-70 Jahre, >70 Jahre). Die Interviews wurden ausschließlich mit Patient*innen der IG geführt und es war eine Dauer von 10 bis 15 Minuten laut Evaluationskonzept vorgesehen.

Die Patienteninterviews erfolgten leitfadengestützt und wurden telefonisch durchgeführt und aufgezeichnet. Die Transkription erfolgte analog zu den OC-Interviews.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der Leitfaden wurde ebenfalls auf Basis der zu erfassenden Aspekte und Zielparameter erstellt, die im Evaluationskonzept definiert wurden. Auch wurde der Leitfaden bei Bedarf mit jeder Interviewrunde anhand der bisherigen Erfahrungen aus den Interviews adaptiert. Die folgenden Zielparameter wurden in Anlehnung an das Evaluationskonzept (siehe Anlage 7) im Rahmen der Interviews erhoben (siehe Anlage 10):

- Akzeptanz und empfundene Praktikabilität
- hemmende und fördernde Faktoren des Implementierungsprozesses unter Berücksichtigung des CFIR und TICD Frameworks

Zusätzlich wurde für den Interviewleitfaden ebenfalls das RE-AIM Framework mit seinen fünf Dimensionen herangezogen. Es erfolgte ein Pre-Test des Interviewleitfadens, woran anschließend Anpassungen vorgenommen wurden.

2.8.3.3 eCRF

Für OnCoPaTh wurde ein eCRF entwickelt, in welchem Informationen in beiden Studienphasen (VG I und C-RCT) gesammelt und dokumentiert wurden. Über die pseudonymisierte Organisations-ID und Patienten-ID war eine Verknüpfung der Daten möglich. Für die Auswertung wurden die jeweils relevanten Daten bzw. Variablen selektiert.

Das **eCRF der VG I** beinhaltete verschiedene Ebenen, auf denen Informationen zu den Patient*innen und Organisationen dokumentiert wurden. Auf einer Ebene wurden pro Einrichtung die rekrutierten Patient*innen und deren Eigenschaften, wie z.B. Alter, Geschlecht sowie der Erkrankungsstatus umfassend erfasst. Zudem waren Informationen über die Anzahl (Gesamtzahl sowie pro Patient*in) an dokumentierten Sprechstunden/Arztkontakten, MFA-Gesprächen, palliativer Expertise ableitbar. Zu allen drei Punkten wurden die maximale sowie die durchschnittliche Anzahl berechnet. Hinsichtlich der Sprechstunde bzw. des Arztkontaktes konnte der Inhalt differenziert werden. Die Durchführungsart sowie die Dauer wurden für die MFA-Gespräche dokumentiert. Bei der palliativen Expertise wurde zunächst erfasst, ob diese herangezogen wurde sowie anschließend die Art der palliativen Expertise und die Art des Informationsaustauschs. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Nächte an Krankenhausaufenthalt dokumentiert sowie die Art des Krankenhausaufenthaltes.

Zur Erfassung der Dimension „Implementation“ wurde mit Hilfe des **eCRF der C-RCT-Studienphase** die Umsetzung der Bestandteile der neuen Versorgungsform OnCoPaTh erfasst und quantifiziert. Die dokumentierten Informationen durch die OncoCoaches erlauben insbesondere die Erfassung des Interventionsbestandteils **OncoCoaching**. Hierunter fallen

- die Häufigkeiten der Coaching-Gespräche (Erstgespräch, Folgegespräche)
- Die Gesprächsdauer sowie die Art, wie das Coaching-Gespräch stattfand (Erstgespräch, Folgegespräche)
- ob Angehörige während des Coaching-Gesprächs anwesend waren.

Des Weiteren konnten Daten zur Quantifizierung der **interprofessionellen Interaktion** gesammelt werden:

- ob eine Abstimmung zwischen OncoCoach und dem*der behandelnden Onkolog*in (vor und nach dem Coaching-Gespräch) erfolgte sowie die Dauer dieser

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- ob im Anschluss an das Coaching-Gespräch eine Informationsweiterleitung an die Hausarztpraxis sowie an die KoPP erfolgte
- die Anzahl dokumentierter Konsile von OncoCoach und KoPP sowie die Dauer der Konsile
- die Art der Informationsweiterleitung von OC an KoPP
- ob OCs Informationen von der KoPP erhalten haben
- Anzahl sowie der Inhalt der dokumentierten Sprechstunden/Arztkontakte OC-seitig

Auf Seiten der KoPPs gab es fünf Bereiche, in denen Angaben über die Patient*innen vorgenommen werden konnten. Dazu zählten:

- **Patient*innen** (Allgemeine Angaben über den Gesundheits- und Allgemeinzustand der Patient*innen, Einschätzung der Krankheitsphase, Angaben über das häusliche Setting, etc.)
- **Krankenhausaufenthalte** (Bereich über geplante und ungeplante Krankenhausaufenthalte der Patient*innen)
- **Ereignisse** (Angaben über spontan eingetretene Ergebnisse wie beispielsweise akute Notfallsituationen)
- **Palliatives Pflegekonsil** (Angaben zum palliativen Pflegekonsil zwischen KoPP und den Patient*innen – Ablauf, Dauer, Informationsweiterleitung an die onkologische Einrichtung, etc.)
- **Konsil mit OncoCoach** (Angaben über ein Konsil bzw. Austausch über gemeinsame Patient*innen – Ablauf, Dauer, Informationsweiterleitung, etc.)

Hinsichtlich der Beschreibung des Interventionsbestandteils der **frühen palliativen Integration in Form der KoPP** konnten folgende Angaben auf Basis des eCRF analysiert werden:

- Anzahl der Patient*innen mit einem KoPP-Erstgespräch sowie Folgegesprächen
- die Unterbreitung des Angebots einer KoPP

Zusätzlich wurden im eCRF der C-RCT die Krankenhausaufenthalte der Patient*innen durch den*die OC dokumentiert sowie die Art des Krankenhausaufenthaltes (geplant/ungeplant).

Auf Einrichtungsebene konnten, differenziert nach IG und VG II, Informationen zur minimalen, maximalen sowie durchschnittlichen Anzahl

- der rekrutierten Patient*innen
- der Anzahl Coaching-Gespräche
- der Anzahl Konsile OC mit KoPP
- der Anzahl Sprechstunden/Arztkontakte

aus dem eCRF abgeleitet werden.

2.8.3.4 KAM-Datenbank

Die Wissensdatenbank über KAM wurde durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) spezifisch für OnCoPaTh entwickelt und stand ausschließlich der IG zu Verfügung. Es wurden die Nutzungsdaten der KAM-Datenbank analysiert, welche von der DKG gesammelt und zum Zwecke der Evaluation bereitgestellt wurden. Die Daten beinhalteten Informationen:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- zum Zeitpunkt des Zugriffs
- zur Art der Personengruppe (OC, KoPP, Arzt*Ärztin, Patient*in)
- zur Person (Name des OC/der KoPP, Patientenpseudonym)
  sowie zum aufgerufenen Pfad/Thema der Datenbank.

2.8.4 Abweichungen vom Evaluationskonzept

App (Dokumentationsmodul)

Für die OncoCoaches und KoPPs der IG wurde eine Software-Anwendung entwickelt mit dem Ziel, die Prozesstreue des Interventionspfades sicherzustellen und eine Dokumentationsmöglichkeit für das nichtärztliche Gesundheitspersonal zu bieten. Die Dokumentation erfolgte patientenzentriert und konnte von beiden Parteien (OncoCoaches und KoPPs) eingesehen werden. In der App wurden nicht gezielt Daten für die Evaluation erhoben, um sicherzustellen, dass das Tool unabhängig von der Evaluation entwickelt wird. Ähnlich wie zur KAM-Datenbank hätten in der Evaluation Nutzungsdaten berücksichtigt werden sollen, jedoch konnten die Daten zum Projektende durch den betreibenden Konsortialpartner eHealthTec nicht zur Verfügung gestellt und damit nicht in der Evaluation berücksichtigt werden.

Quantitative Erhebungen – Schriftliche Befragungen (Fragebögen) der OCs und KoPPs

Die schriftlichen Befragungen der OncoCoaches nach Implementierung sollten alle vier bis sechs Monate durchgeführt werden. Aufgrund von Herausforderungen in der Studienumsetzung, die z.B. durch die Rekrutierung von Patient*innen und die Fluktuation von OCs entstanden, wurden die Zeitplanung sowie die Anzahl der Erhebungen angepasst. Ziel war es, die Veränderungen in den Einrichtungen über die Studienlaufzeit ressourcenschonend abzubilden. Die Themen der schriftlichen Befragungen, welche zu T3 (Quartal 3/2022), zu T5 (Quartal 3/2023) und zu T7 (Quartal 1/2024) geplant waren, wurden in die Interviews zu den Zeitpunkten T2, T4 und T7 integriert.

Die **KoPPs** nahmen im Rahmen der Evaluation zu mehreren Erhebungszeitpunkten an quantitativen Befragungen teil. Die Basiserhebung in der VG I wurde bundesweit mit Palliativpflegefachkräften durchgeführt. Aufgrund von zeitlichen Verzögerungen bei der Rekrutierung, erfolgte die Befragung zu zwei Zeitpunkten (T0 und T1). Aufgrund des geringen Rücklaufs bei der T1-Befragung wurde zusätzlich ein Online-Fragebogen eingesetzt.

Routinedatenanalyse

Da die Anzahl an Verstorbenen im Beobachtungszeitraum bereits kleiner 30 ist und noch geringere Gruppenbesetzungen bzw. Fallzahlen bei den betreffenden Endpunkten vorliegen, wurden die sekundären Endpunkte „Verschreibung tumorspezifischer Therapien in den letzten sechs Lebenswochen“ und „Zeitpunkt vor Tod eines Patienten, zu dem Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) und Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung erstmalig in Anspruch genommen wurden“ nicht ausgewertet, da die Ergebnisse nicht aussagekräftig wären und ggf. ein Reidentifikationspotenzial hinsichtlich der betrachteten Proband*innen bestünde.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.8.5 Datenauswertung

Im Folgenden werden die allgemeinen Auswertungsverfahren nach der Art des Datenmaterials (qualitativ oder quantitativ) differenziert beschrieben. Anschließend erfolgt eine Erläuterung pro Dimension des RE-AIM-Modells mit den verwendeten Datenquellen bzw. Bestandteilen und Fragestellungen für die Analyse der jeweiligen Dimension. Final wird die Zusammenführung der Daten pro Dimension im Sinne von Mixed-Methods dargestellt.

2.8.5.1 Quantitative Auswertung

Die quantitative Auswertung erfolgte überwiegend mit R (Posit team, 2025; R Core Team, 2025). Ergänzend wurde SPSS (IBM Corp., 2025) und Excel verwendet (primär zur Speicherung sowie zur Vorbereitung der Daten für die Weiterarbeit mit R).

Die Auswertung der Fragebögen folgte einem standardisierten Vorgehen, welches den empirischen Standards entspricht (bspw. American Psychological Association, 2020; Döring, 2023; Moosbrugger & Kelava, 2020). Es wurde abschnittsweise vorgegangen, wobei bereits validierte Instrumente entsprechend ihren Vorgaben bzw. analog zur Handhabung in der jeweiligen Validierungsstudie des Instruments ausgewertet wurden. Selbst entwickelte Items wurden, je nach Zweck der ursprünglichen Entwicklung, entweder zusammengefasst und somit als Abschnitt bzw. Skala deskriptiv ausgewertet oder einzeln betrachtet, wobei absolute und relative Zahlen nach Gruppe (inkl. fehlender Werte (NA)) sowie ein kumulierter Gesamtwert berechnet wurden. Die Auswertung wurde jeweils als Tabelle im Ergebnisteil eingefügt und die wichtigsten Ergebnisse zusätzlich beschrieben.

Zur deskriptiven, zusammenfassenden Analyse von Abschnitten bzw. Skalen wurden folgende Werte standardmäßig berechnet:

- Mittelwert der Antwortskala (auch als Skalenmittelwert bezeichnet; mean) sowie der Mittelwert der summierten Antwortskala (im Folgenden auch als Summenmittelwert oder Summenwert bezeichnet; sum mean)
- Standardabweichung (SD)
- Median
- Anzahl auswertbarer Fragebögen (n)
- die 95%-Konfidenzintervalle (CI) zur Schätzung der Mittelwerte
- empirischer Wertebereich (Minimum und Maximum beobachteter Itemantworten) sowie theoretischer Wertebereich gemäß Antwortskala
- Anzahl Items der Skala
- Anteil fehlender Werte (NA) unter Berücksichtigung aller Fragebögen
- Cronbachs Alpha zur Beurteilung der internen Konsistenz (Gäde et al., 2020; Schecker, 2014)

Der Skalenmittelwert (Itemmittelwert) wurde für jede Person berechnet, indem der arithmetische Mittelwert der gültigen (nicht fehlenden) Antworten über alle Items einer Skala gebildet wurde. Diese Vorgehensweise gewährleistet, dass jede Person mit gültigen Angaben gleich gewichtet wird – unabhängig davon, wie viele Items tatsächlich beantwortet wurden. Personen, die alle Items einer Skala ausgelassen haben, wurden bei der Berechnung ausgeschlossen. Zusätzlich wurde der Summenmittelwert (Gesamtmittelwert über

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rohsummen) ausgewiesen. Dabei wurde für jede Person die Summe der gültigen Itemwerte bzw. Antworten einer Skala gebildet und anschließend über alle gültigen Personen der Durchschnitt dieser Summenwerte berechnet.

Während der Skalenmittelwert jeder Person das gleiche Gewicht gibt (auch bei fehlenden Items), ist der Summenmittelwert potenziell durch unterschiedlich viele ausgefüllte Items pro Person beeinflusst, insbesondere bei teilweisem Itemausfall. D.h. Personen mit mehr beantworteten Items erzielen tendenziell höhere Summen. Fehlende Werte wurden als NA behandelt, d.h. ignoriert und nicht imputiert. Dieses Verfahren entspricht den Empfehlungen zur Skalenbildung in psychometrischen Anwendungen, bei denen bei teilweisem Antwortausfall der Mittelwert einzelner Skalenwerte als robuste Kenngröße verwendet wird (Moosbrugger & Kelava, 2020). Die Berechnung des Summenmittelwerts orientiert sich an klassischen Summenscores (z. B. in der klinischen Diagnostik), ist aber bei unvollständiger Beantwortung mit Vorsicht zu interpretieren.

Bei der Auswertung der schriftlichen Befragungen (Fragebögen) wurden verschiedene Gruppen differenziert: Die regulären Studiengruppen VG I sowie in der C-RCT die IG und VG II. Darüber hinaus gab es die Gruppe „nicht aktiv“, zu der Fragebögen von Personen (Arzt*Ärztin, OncoCoach*in) gehörten, die aus Einrichtungen stammten, die in der entsprechenden Studienphase (VG I oder C-RCT) keine Patient*innen rekrutiert hatten. Zudem wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt der OncoCoaches (T0), der vor der Schulung des Fachpersonals zum*zur OncoCoach*in stattfand, eine Gruppe „geschult“ gebildet, die bereits vorab die Schulung absolviert hatte. Fragebögen, die keiner Einrichtung retrospektiv zugeordnet werden konnten, bildeten die Gruppe NA.

Eine Beschreibung des Abschnitts hinsichtlich:

- des Abschnittsthemas
- der zu messenden Subskala bzw. Dimension mit zugehöriger Quelle bei validierten Instrumenten bzw. einer Erläuterung der Entwicklung der Items bei selbstentwickelten Fragen
- der Anzahl der Items des Instruments bzw. der Subskala
- der Antwortskala mit ihrem theoretischen Wertebereich, Labels und Richtung der Codierung

erfolgte bewusst zusammen mit den Auswertungsergebnissen im Ergebnisteil, um die Darstellung kompakt und verständlich zu halten.

Die **eCRF-Daten sowie die KAM-Nutzungsdaten** wurden deskriptiv analysiert. Dabei wurden in der Regel absolute und relative Häufigkeiten berichtet, ergänzt um Mittelwerte und Standardabweichungen, sofern diese für die Interpretation der Ergebnisse relevant waren.

<u>KoPPs</u>

Die quantitative Auswertung **der schriftlichen Befragungen der KoPPs** wurde überwiegend mit der Statistiksoftware R (Version 4.4.2) durchgeführt. Für vorbereitende Arbeitsschritte wie das Datenmanagement und die tabellarische Organisation kamen ergänzend Excel und SPSS zum Einsatz.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Auswertung erfolgte strukturiert und abschnittsweise, orientiert an der jeweiligen Skalenlogik. Bereits validierte Instrumente wurden entsprechend den Vorgaben der Autor*innen oder gemäß den in der Validierungsstudie beschriebenen Verfahren analysiert. Eigene, projektspezifisch entwickelte Items wurden einzeln betrachtet.

Für die zusammenfassende deskriptive Analyse einzelner Skalen oder Abschnitte wurden standardmäßig folgende Kennwerte berechnet, abhängig von den jeweiligen Vorgaben der Autor*innen:

- arithmetisches Mittel der Einzelitems (Skalenmittelwert)
- Summenwert über alle Itemantworten (Summenmittelwert)
- Standardabweichung
- Median
- empirischer und theoretischer Wertebereich
- Anzahl der ausgewerteten Fälle (n)
- Anteil fehlender Werte (NA) sowie das 95 %-Konfidenzintervall der Mittelwerte

Zusätzlich wurden die Anzahl enthaltener Items sowie das Cronbachs Alpha zur Beurteilung der internen Konsistenz angegeben.

Der Skalenmittelwert wurde jeweils auf individueller Ebene ermittelt, indem der Mittelwert über die gültig beantworteten Items der Skala gebildet wurde. Teilnehmende, die eine Skala vollständig unbeantwortet ließen, wurden bei der Mittelwertberechnung nicht berücksichtigt. Parallel dazu wurde für jede Person der Summenscore über die gültigen Itemwerte berechnet und anschließend als gruppenbezogener Durchschnitt ausgewiesen. Fehlende Angaben wurden als fehlend codiert (NA) und nicht ersetzt.

Die Ergebnisse der Befragungen wurden tabellarisch aufbereitet. Bei der Analyse der Daten wurde ab Beginn der C-RCT-Phase zwischen den Studiengruppen (IG und VG II) unterschieden. Aufgrund der geringen Fallzahl konnten keine Subgruppenanalysen durchgeführt werden.

2.8.5.2 Qualitative Auswertung

Für die qualitativen Auswertungen wurde primär MAXQDA (VERBI Software, 2025) verwendet. Für die Auswertung der Patienten- und OC-Interviews wurde sich am Verfahren einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2024) orientiert. Zur Kategorienbildung fand ein deduktiv-induktives Vorgehen Anwendung, wobei die (Ober-)Kategorien zunächst deduktiv auf Basis des Interviewleitfadens entwickelt sowie anschließend um induktive Kategorien auf Basis des Datenmaterials ergänzt wurden. Auf Basis der Leitfragen sowie der Probing-Fragen wurden die Subkategorien auf den untergeordneten Ebenen formuliert. Dies erklärt, weshalb dieselben Oberkategorien zu den unterschiedlichen Interviewzeitpunkten zum Teil abweichende Unterkategorien beinhalten.

Grundsätzlich bildeten die fünf RE-AIM Dimensionen (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) die Themenblöcke des Leitfadens. Ein weiteres Thema in allen Interviewrunden war noch zusätzlich die Akzeptanz und empfundene Praktikabilität hinsichtlich der Intervention. Die Dimension der Reach wurde ausschließlich im ersten Interviewzeitpunkt abgefragt, da die Fragen den Studienbeginn betrafen. Zum dritten Interviewzeitpunkt wurden als weitere Themenblöcke die Dosis (dose) der Intervention als ein

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bestandteil der Umsetzungstreue (Fidelity) (Carroll et al., 2007) sowie die drei Implementation Outcome Measures Acceptability, Appropriateness und Feasibility der Intervention nach (Kien et al., 2021) ergänzt.

Hinsichtlich der methodischen Güte des Vorgehens wurde der Codierprozess durch mehrere Personen begleitet. Nach mehreren einzelnen Codierdurchgängen der Personen wurden die Codierungen und Kategorien besprochen und Unstimmigkeiten diskutiert und anschließend Einigungen erzielt. Final wurde ein Kategoriensystem pro Erhebungszeitpunkt (bei den Patient*innen beispielsweise zu T2, T4 und T6) erstellt. Der Ablauf der Inhaltsanalyse ist in der folgenden Abbildung 4 veranschaulicht:

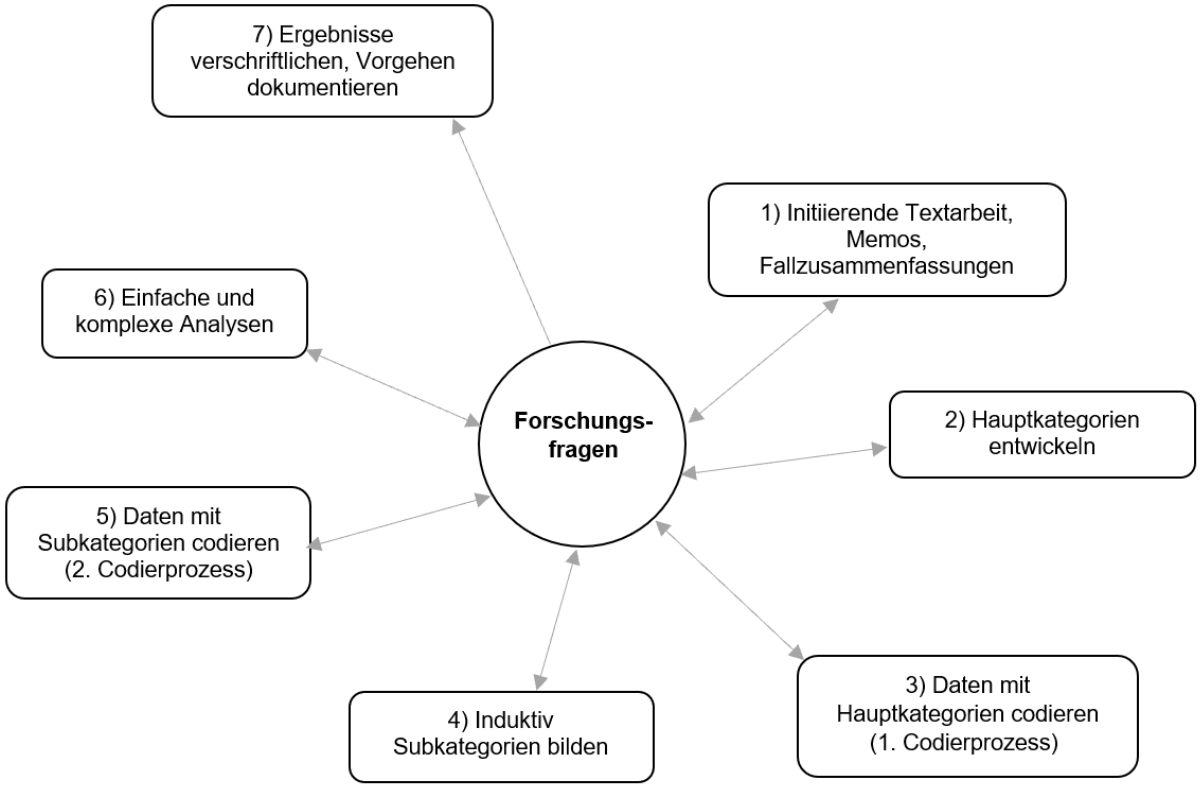


Abbildung 4: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2024)

Die in den OC-Interviews erstellten **PICTOR**-Abbildungen wurden ebenfalls **inhaltsanalytisch** nach King und Kolleg*innen ausgewertet (King et al., 2014). In der Analyse wurde betrachtet, wie viele unterschiedliche Personen oder Dienste in der Darstellung vertreten waren, welche konkret aufgenommen und welche nicht berücksichtigt wurden. Zudem spielte es eine Rolle, ob die aufgenommenen Akteure in einer zentralen oder eher peripheren Position in Bezug auf die Patient*innen angeordnet waren. Schließlich wurde auch das generelle Format der Darstellung in die Auswertung einbezogen. Auf diese Weise konnten in den Abbildungen Themen identifiziert werden, die in der Inhaltsanalyse der Interviewtranskripte vertiefend untersucht werden konnten.

<u>KoPPs</u>

Die Interviews mit den KoPPs wurden ebenfalls nach dem Schema der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet. Auch hier wurde die Software MAXQDA zur Kodierung und Auswertung verwendet. Die Auswahl der Analyseeinheiten (Kodiereinheiten)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

erfolgte nach inhaltlichen Gesichtspunkten. Jede in sich thematisch zusammenhängende Textstelle wurde als eine Analyseeinheit gekennzeichnet. Zur Strukturierung des Interviewmaterials der KoPPs erfolgte die Erstellung des Kategoriensystems in einem gemischt deduktiv-induktiven Verfahren. Im ersten Schritt wurden Oberkategorien deduktiv anhand der jeweiligen Interviewfragen und des zugrunde liegenden RE-AIM-Frameworks gebildet. Induktiv wurden anschließend Kategorien auf Basis des Datenmaterials ergänzt.

Miro-Boards: Die Analyse der generierten Miro-Boards erfolgte in drei aufeinander aufbauenden Phasen (Mergenthal & Güthlin, 2018):

Phase 1: „Sehen und Fühlen“: In der ersten Phase wurde jedes Miro-Board als visuelle Gesamtheit betrachtet. Die Betrachtenden ließen das Schaubild auf sich wirken und hielten dabei alle aufkommenden Eindrücke, Emotionen und Assoziationen schriftlich fest. Zusätzlich wurden spontan auftretende Fragen zum Inhalt, zur Struktur und zur Symbolik des Bildes dokumentiert. Diese offene Herangehensweise diente der sensiblen Wahrnehmung impliziter Botschaften und der individuellen Rahmung der dargestellten Inhalte.

Phase 2: „Strukturierte Mikroanalyse“: Im zweiten Schritt erfolgten eine systematische Zerlegung und Analyse der visuellen Elemente:

- Zentrale Akteur*innen wurden identifiziert: Wer steht im Mittelpunkt der Darstellung?
- Beziehungsmuster wurden analysiert: Wie viele Kooperationspartner*innen sind durch Pfeile dargestellt? In welcher Richtung verlaufen diese?
- Anordnung und Clusterbildung: Welche Akteur*innen sind räumlich gruppiert? Existieren thematische oder funktionale Cluster?
- Nähe und Distanz: Wie ist das Verhältnis der Elemente zueinander dargestellt? Was lässt sich daraus über die wahrgenommene Relevanz oder Beziehung ableiten?
- Wertekonflikte und Dynamiken: Wurden Konstellationen erkannt, die auf Spannungen oder Zielkonflikte hindeuten?

Diese strukturierte Herangehensweise ermöglichte die Identifikation relevanter Muster sowie die Analyse impliziter Bedeutungen in der Visualisierung.

Phase 3: „Zusammenfassung und Interpretation“: In der abschließenden Phase wurde die Bildanalyse zur ursprünglichen Forschungsfrage zurückgeführt. Es wurde reflektiert, inwiefern und auf welche Weise das jeweilige Miro-Board einen Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung leistet. Darauf aufbauend wurde eine **interpretative Zusammenfassung** verfasst, die zentrale Erkenntnisse bündelt und in den Gesamtkontext der Evaluation einordnet.

2.8.5.3 Auswertungsdimensionen (RE-AIM)

Reach

Für die Dimension Reach wurde auf Basis verschiedener Datenquellen untersucht, in welchem Ausmaß die Zielpopulation erreicht werden konnte. Konkret wurde analysiert:

- Wie viele Patient*innen in die Studie eingeschlossen wurden, welche soziodemografischen Merkmale sie aufwiesen und wie sich die Zahl der Teilnehmenden im Studienverlauf entwickelte – differenziert nach den

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studiengruppen VG I und C-RCT (IG und VG II) sowie nach Erhebungszeitpunkten anhand der eCRF-Daten.

- Wie viele Patient*innen die schriftlichen Befragungen (Fragebögen) ausfüllten und wie sich dies über die Studienzeit entwickelte – ebenfalls differenziert nach Studiengruppen und Zeitpunkten.
- Welche Patient*innen der IG für Interviews gewonnen werden konnten.
- Wie Patientinnen für die Studienteilnahme erreicht und motiviert wurden, welche Strategien zur Erhöhung der Teilnahme hätten genutzt werden können und inwiefern mit OnCoPaTh die angestrebte Zielpopulation adressiert wurde – auf Basis der Interviews mit IG-Patient*innen zu T2, T4 und T6.
- Welche soziodemografischen Merkmale, Verhaltensweisen und Präferenzen weisen Patient*innen zum Zeitpunkt der Baseline auf, und unterscheiden sich diese zwischen den Studiengruppen? Analyse auf Basis von Patientenbefragungen zum Zeitpunkt T0 bzw. T1 in den Gruppen: VG I, VG II und IG.

Zusätzlich wurde geprüft, ob die Studienpopulation eine repräsentative Stichprobe darstellt und ob die Intervention die Zielpopulation tatsächlich erreichte.

Effectiveness

Die Dimension Effectiveness wurde auf qualitativer Ebene im Rahmen von Patienteninterviews erfasst. Dabei wurde insbesondere untersucht, welchen Einfluss OnCoPaTh auf das Leben der Patient*innen hatte bzw. noch hat.

Die Effectiveness wurde zudem in den Interviews mit den OncoCoaches thematisiert. Dabei stand der wahrgenommene Nutzen sowohl für die Patient*innen als auch für die onkologische Einrichtung im Fokus. Leitende Fragen dabei waren:

- Welche positiven oder negativen Wirkungen der Projektteilnahme auf Patient*innen nehmen OncoCoaches wahr?
- Welche positiven oder negativen Wirkungen der Projektteilnahme auf die onkologische Einrichtung nehmen OncoCoaches wahr?

Die quantitative Erfassung dieser Dimension erfolgt schwerpunktmäßig im Rahmen der summativen Evaluation der Wirksamkeit (Kapitel 2.7).

Adoption

In der Dimension Adoption wurde die Beteiligung der leistungserbringenden Seite beschrieben. Grundlage bildeten Daten aus schriftlichen Befragungen (OCs zu drei Erhebungszeitpunkten, Ärzt*innen zu zwei Zeitpunkten, KoPPs zu mehreren Erhebungszeitpunkten), Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal (OCs und Kopps zu mehreren Zeitpunkten) sowie eCRF-Daten.

Analysiert wurden u. a. Charakteristika und Anteile des ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitspersonals sowie die Anzahl geschulter Personen im Rahmen des Projekts. Darüber hinaus wurde qualitativ untersucht, welche Faktoren die Annahme der nVF beeinflussten – sowohl auf Ebene der Versorgungseinrichtungen als auch auf Individualebene. Im Fokus stand, wie die nVF von den Leistungserbringenden angenommen wurde, welche

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Aspekte positiv bewertet wurden und wie sich Haltung, insb. Bereitschaft und Motivation, zur kontinuierlichen Anwendung im Projektverlauf (Längsschnittbetrachtung) entwickelten.

Auf qualitativer Seite wurde untersucht, was die Beteiligung der leistungserbringenden Seite beeinflusst hat, sowohl auf Organisationsebene der Versorgungseinrichtungen als auch auf Individualebene des Gesundheitspersonals. Zudem wurde betrachtet, wie die neue Versorgungsform von den Leistungserbringenden, insbesondere den OncoCoaches und den KoPPs, angenommen wurde und was an der neuen Versorgungsform geschätzt wurde. Die Entwicklung über den Zeitverlauf des Projekts (Längsschnitt) und die damit verbundene Bereitschaft sowie Motivation zur kontinuierlichen Anwendung der Intervention wurden weitergehend analysiert. Zudem wurde auf Basis der Interviews mit OCs analysiert, inwiefern sich OCs in der Versorgung einordnen und inwiefern KoPPs oder andere palliative Akteure eine Rolle spielten. Außerdem wurden in den Interviews die Faktoren der Adoption untersucht.

Auf Patientenseite wurde erhoben, wie die Kompetenzen des betreuenden nichtärztlichen Personals (OCs, KoPPs) eingeschätzt wurden und wie sich diese Bewertungen über den Studienzeitraum veränderten. Ebenso wurden die Zufriedenheit mit der onkologischen Betreuung und die Häufigkeit von Gesprächs- bzw. Betreuungsterminen in den onkologischen Einrichtungen betrachtet.

Implementation

Für die Dimension der Implementation spielt die Umsetzungstreue (fidelity) der Intervention mit ihren fünf untergeordneten Bestandteilen (Carroll et al., 2007):

- adherence to an intervention
- exposure or dose
- quality of delivery
- participant responsiveness
- programme differentiation

eine zentrale Rolle.

Anhand der verschiedenen Datenquellen (Interviews, schriftliche Befragungen, Dokumentationsdaten im eCRF, Nutzungsdaten der KAM-Datenbank) wurde analysiert, inwiefern die Intervention wie vorgesehen (Evaluationskonzept, Studienprotokoll) implementiert und über die Projektlaufzeit umgesetzt wurde. Hierbei wurden die Interventionsbestandteile von OnCoPaTh (das OncoCoaching, die frühe palliative Einbindung, die KAM-Datenbank sowie die App) betrachtet. Von Interesse war das Ausmaß der Anwendung (dose, penetration (Proctor et al., 2011) sowie die Konstanz der Umsetzung Einrichtungen und Mitarbeitende hinweg. Damit einhergehend wurden erforderliche Ressourcen zur Implementierung und Umsetzung der nVF analysiert. Dies kann insbesondere über den Längsschnitt der Erhebungen nachgehalten werden.

Das qualitative Datenmaterial erlaubte eine detaillierte Beschreibung praxisbezogener Anpassungen, der Gründe hierfür sowie von Barrieren bei der Einführung und kontinuierlichen Anwendung. Barrieren bei der initialen Implementierung sowie bei der stetigen Anwendung von OnCoPaTh konnten ebenfalls mittels der OncoCoach- und KoPP-Interviews herausgearbeitet werden. Ebenso wurden notwendige Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung, insbesondere der Bestandteile des

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

OncoCoachings und der frühen palliativen Integration, identifiziert. Über die Patienteninterviews konnte die Konstanz der Umsetzung der Interventionselemente (bspw. OncoCoaching) auf Ebene der Zielpopulation der Patient*innen sowie die Dosis bzw. Intensität derer erfasst werden.

Maintenance

In der Dimension Maintenance wurde die Verstetigung sowie die Verstetigungsabsicht der nVF OnCoPaTh über die Projektlaufzeit hinaus untersucht. Dazu wurden in den abschließenden schriftlichen Befragungen der Ärzt*innen (T4) und OncoCoaches (T6) Einschätzungen zur Fortführung von OnCoPaTh nach Studienende eingeholt bzw. abgefragt, insbesondere zu den geplanten fortzuführenden Interventionsbestandteilen.

Das qualitative Datenmaterial ergänzte diese Ergebnisse, indem es Aufschluss darüber gab, in welcher Form und mit welchen Anpassungen in der Versorgungspraxis eine Weiterführung der Intervention vorgesehen war. Zudem wurde untersucht, inwiefern der gesamte Versorgungspfad – einschließlich der frühen palliativen Begleitung – umgesetzt wurde und fortgeführt werden sollte und welche Hindernisse einer Verstetigung entgegenstehen könnten.

Patient*innen wurden befragt, ob sie sich eine Weiterbetreuung mit den Interventionselementen (z. B. OncoCoaching und KoPP) wünschten und ob sie eine Teilnahme an OnCoPaTh weiterempfehlen würden.

2.9 Entwicklung der Theory of Change

Eine Theory of Change (ToC) beschreibt die Aktivitäten, die notwendig sind, um gewünschte Ergebnisse in einem Wirkungszusammenhang zu erreichen, und ermöglicht ein Verständnis der zugrunde liegenden Wirkmechanismen einer komplexen Intervention. Sie zeigt auf, wie die einzelnen Schritte eines Pfades miteinander verbunden sind, wie diese Schritte anhand von Indikatoren messbar gemacht werden können, und resultiert in einer grafischen Darstellung von Wirkungszusammenhängen in Form einer Art Wirkmodell. Der Ansatz ist flexibler als andere Modelle (z. B. ein Logikmodell), da er variable Strukturen erlaubt, wie die Abbildung mehrerer Wirkungspfade und Rückkopplungsschleifen.

Die ToC wird insbesondere in der Programmentwicklung, Evaluation und Implementierungsforschung eingesetzt. Sie kann sich zu einer Theorie mittlerer Reichweite weiterentwickeln, die für zukünftige Programmevaluationen genutzt werden, zur Stärkung randomisierter kontrollierter Clusterstudien (RCTs) beitragen und empirisch überprüft werden kann.

In diesem Projekt wurde eine ToC entwickelt, um ein besseres Verständnis von Veränderungsprozessen zu erlangen und die Evaluation gezielt zu unterstützen. Eine ToC besteht aus der Verbindung von Ressourcen, intermediären Endpunkten, langfristigen Endpunkten und Annahmen in Form eines Wirkmodells. Dieses Modell dient als Grundlage für die Überprüfung der einzelnen Elemente und Annahmen und stellt damit ein zentrales Element im Rahmen der Programmevaluation dar.

In der Implementierungsforschung existieren unterschiedliche Ansätze und Herangehensweisen in der Entwicklung einer Theory of Change. In dieser Studie basiert die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ToC auf den Entwicklungen des Aspen Institute, unterstützt durch das Centre of Theory of Change (Silva et al., 2014).

Die ToC wurde in fünf Schritten entwickelt: 1) eine kontextuelle Analyse, 2) zwei digitale Workshops mit Stakeholdern, 3) drei Arbeitstreffen mit dem Kernforschungsteam zur Strukturierung erster Ergebnisse, 4) ein Konsensprozess, bestehend aus einem Treffen, und 5) einer Online-Umfrage mit Stakeholdern sowie einem weiteren Treffen mit dem Implementierungsteam, ein abschließendes Arbeitstreffen mit dem Kernforschungsteam zur Vorbereitung der finalen Ergebnisse.

2.9.1 Stakeholder

Alle Stakeholder waren Teil des OnCoPaTh-Projektteams und somit in die Entwicklung, Evaluation oder Implementierung der Intervention eingebunden. Sie waren mit dem onkologischen Kontext der Intervention vertraut und verfügten zum Teil über praktische Erfahrung, z. B. durch ihre Tätigkeit als Ärzt:innen oder Medizinische Fachangestellte.

Da die Intervention und die Implementierungsstrategien bereits entwickelt waren und die erste Studienphase bereits lief, wurden Patient*innen, pflegende Angehörige sowie (palliative) Pflegefachkräfte nicht einbezogen. Einige Teilnehmende vertraten jedoch die Interessen von (palliativen) Pflegefachkräften.

Die Workshops wurden mit 19 Stakeholdern durchgeführt. Um allen eingeladenen Stakeholdern gerecht zu werden, organisierten wir zwei digitale Workshops mit jeweils zehn Teilnehmenden. Die Workshops wurden von zwei Forschenden (LT und SM) moderiert und dokumentiert.

2.9.2 Kontextanalyse

Die Kontextanalyse basierte sowohl auf Expertenwissen als auch auf einschlägiger Fachliteratur und diente der Übersicht über die Versorgungssituation im onkologischen Setting. Die Analyse wurde vor Beginn des Projekts im Jahr 2019 durchgeführt und resultierte in einer Darstellung der förderlichen Faktoren für die Implementierung der Interventionselemente in den onkologischen Versorgungsbereich.

Der primäre Zweck der Analyseergebnisse bestand darin, die potenzielle Wirkung der untersuchten Intervention zu modellieren und diente als theoretische Grundlage im Förderantragsprozess, um die Rationale der Intervention darzulegen und die Zielsetzung der Maßnahme fundiert zu untermauern.

2.9.3 Theory of Change Workshops

Die Workshops wurden entsprechend der Empfehlungen von Anderson (2005) und Silva et al. (2014) strukturiert, dauerten jeweils sechs Stunden und beinhalteten eine Einführung in den ToC-Ansatz sowie eine Vorstellung von vordefinierten Defiziten und Zielsetzungen, die offen für Konsensbildung waren.

Im ersten Workshop wurde der „Backward Mapping“-Prozess mithilfe von Leitfragen, einem vordefinierten Impact und langfristigen Outcomes eingeführt. Anschließend diskutierten die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Teilnehmenden die notwendigen Voraussetzungen (Preconditions) sowie deren Positionierung im Modell, bis ein Konsens über die grundlegenden Elemente erreicht war.

Die Ergebnisse des ersten Workshops wurden genutzt, um die konsentierten Voraussetzungen bzw. Zwischenziele und deren Positionen zu identifizieren, welche dann im zweiten Workshop den Ausgangspunkt für einen weiteren Backward-Mapping-Prozess bildeten. Auch im zweiten Workshop diskutierten die Teilnehmenden erneut weitere Voraussetzungen sowie deren jeweilige Positionen und Wirkungspfade. Im Anlage 11 sind die Aufgabenbeschreibung und das Whiteboard-Template für die ToC-Workshops dargestellt.

Der partizipative Mapping-Prozess wurde durch ein onlinebasiertes Whiteboard unterstützt, das für alle Teilnehmenden zugänglich und bearbeitbar war. Die Dokumentation der ToC-Elemente auf dem Whiteboard entsprechend der Diskussion wurde primär von einer für die Dokumentation zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiterin (SM) übernommen; alle Teilnehmenden waren jedoch eingeladen, das Whiteboard selbst zu ergänzen. Die Moderation (LT) erfragte die Begründungen oder Annahmen zu den diskutierten Elementen und überprüfte, ob diese korrekt dokumentiert waren.

Jeder Workshop wurde auf einem eigenen Whiteboard dokumentiert. Die Ergebnisse wurden im Anschluss als Bilddateien gespeichert. Zusätzlich wurden die Workshops aufgezeichnet und transkribiert.

2.9.4 Konsensbildung

Die Ergebnisse der Workshops wurden vom wissenschaftlichen Team im Sinne des ToC-Ansatzes überarbeitet und neu strukturiert. Das Team bestand aus 5 Wissenschaftler*innen. Die diskutierten Elemente wurden dabei den Kategorien Ressourcen, intermediäre Endpunkte (intermediate outcomes), langfristige Endpunkte (long-term outcomes) oder Annahmen (assumptions) zugeordnet und die Wirkungspfade zwischen Voraussetzungen, Zwischen- und Langzeitergebnissen wurden überprüft.

Darüber hinaus wurden die im Workshop diskutierten sowie vordefinierten Implementierungsstrategien und Interventionselemente den jeweiligen Wirkungspfaden und Ergebnissen zugeordnet. Die erarbeiteten Begründungen und Annahmen wurden zusammengefasst und den entsprechenden Elementen (Voraussetzungen, Ergebnisse und Pfade) zugewiesen. Das wissenschaftliche Team einigte sich auf einen ersten Entwurf des ToC-Modells, stellte jedoch auch Uneinigkeiten zwischen den beiden Workshops fest. Da über einige Ergebnisse der Workshops kein Konsens unter allen Beteiligten erzielt werden konnte, identifizierte das Team potenzielle Barrieren, die in den Workshops unterschiedlich bewertet worden waren.

Das Ziel der Konsensphase (August 2021 bis September 2021) bestand darin, sich sowohl auf den vorgeschlagenen ToC-Entwurf zu verständigen als auch auf die Barrieren, die im Implementierungsprozess adressiert werden sollten, und mögliche Präventionsstrategien zu identifizieren. Zu diesem Zweck wurden ein Stakeholder-Meeting, eine Online-Umfrage sowie ein Treffen mit dem Implementierungsteam durchgeführt.

Zunächst wurde der Entwurf des ToC-Modells im Rahmen eines Treffens mit den Stakeholdern vorgestellt und diskutiert. In der anschließenden Online-Umfrage bewerteten die Stakeholder die Relevanz der identifizierten potenziellen Barrieren. Dabei konnten sie die Barrieren auf

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 = sehr relevant bis 6 = überhaupt nicht relevant einschätzen. Für Barrieren, die als relevant eingestuft wurden, konnten die Teilnehmenden bestehende oder potenzielle Präventionsstrategien vorschlagen.

Die quantitativen Daten wurden deskriptiv anhand von Häufigkeitsverteilungen ausgewertet, während die Freitextangaben qualitativ analysiert wurden. Die Aussagen wurden dabei entweder bestehenden Implementierungsstrategien zugeordnet oder in induktiv entwickelte Themenkategorien eingeordnet.

Die Ergebnisse der Umfrage wurden anschließend mit dem Implementierungsteam der OnCoPaTh-Studie diskutiert und in den ersten Entwurf des ToC-Modells integriert. Im letzten Schritt der Konsensphase wurde die überarbeitete ToC den Stakeholdern erneut zur Rückmeldung und Konsensbildung vorgelegt, woraus ein zweiter Entwurf entstand. Dieser sowie das erhaltene Feedback wurden in einem abschließenden Treffen des wissenschaftlichen Teams diskutiert und führten zur finalen Version des ToC-Modells.

2.10 Grundlegende Methodik zum Sozio-ökonomischen Impact Assessment

Das SEIA wurde als Teil der formativen Evaluation zur Unterstützung der Nachhaltigkeitsplanung für den Transfer des neuen Versorgungskonzeptes in die Regelversorgung durchgeführt. Im Folgenden werden die generelle Zielsetzung, die Methodik und die Vorgehensweise für das SEIA beschrieben.

Zielsetzung

Die Zielsetzung des sozioökonomischen Impact Assessment (SEIA) ist es, ökonomische Kennzahlen zur Verfügung zu stellen, auf deren Grundlage eine Entscheidung getroffen werden kann, ob ein innovatives Versorgungskonzept von einem Projektbetrieb (in der Regel verbunden mit der Nutzung von Fördermitteln und nicht wirtschaftlich selbstragend) in einen auf Dauer angelegten wirtschaftlichen Regelbetrieb überführt werden soll (Translation).
Wenn der Nutzen des neuen Konzepts die Kosten dauerhaft übersteigt, wird ein Regelbetrieb als wirtschaftlich angesehen.
Zentral für das SEIA ist dabei eine Betrachtungsweise, die verschiedene eingebundene Akteure (Patient*innen, Versorgungseinrichtungen etc.) zunächst getrennt betrachtet und ermittelt, ob diese jeweils für sich genommen ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis erreichen. Danach erfolgt eine Betrachtung auf der höheren Ebene des Konzepts als Ganzem (z.B. als Versorgungsdienst) sowie abschließend auf der Ebene des gesamtgesellschaftlichen Nutzens. Zugrunde liegt das Konzept der Cost-Benefit-Analyse, wie u.a. von M. F. Drummond, 2005 beschrieben und beispielsweise im Vereinigten Königreich für öffentliche Investitionsvorhaben empfohlen (HM Treasury, 2018).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

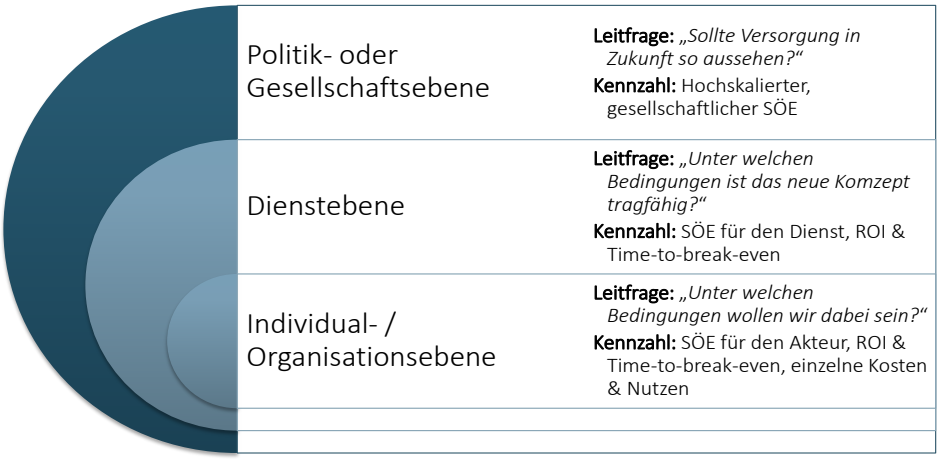


Abbildung 5: Drei Ebenen der Translationsentscheidung

Methodisch beruht die SEIA auf einem Cost-Benefit-Ansatz gemäß der Definition von M. Drummond (2005) und den Empfehlungen von UK HM Treasury (2018), der Beauftragten der Bundesregierung für Informationstechnik (Die Beauftragte der Bundesregierung für Informationstechnik, 2014) und dem White House Office for Management and Budget (U.S. Office of Management and Budget, 1992). Zum Einsatz kommt ein bereits etabliertes Framework und dazugehörige Auswertungssoftware (Hammerschmidt & Meyer, 2014).

Abbildung 5 zeigt diese drei Ebenen der Translationsentscheidung und die Leitfrage, die für die Entscheidung auf jeder Ebene beantwortet werden muss, sowie die im SEIA dafür verwendeten ökonomischen Kennzahlen. Dabei sind die Fragen auf der Individual-/Organisationsebene sowie der Dienstebene keine „Ja/Nein“ Fragen, sondern Fragen nach Erfolgsbedingungen, unter denen eine Umsetzung stattfinden kann. Diese Sichtweise ist eng verbunden mit dem formativen Charakter des SEIA in dem Sinne, dass ein iterativer Prozess verfolgt wird, in dessen Verlauf die Charakteristika und Arbeitsweisen des neuen Konzepts dahingehend angepasst werden, dass positive Kosten-Nutzen-Verhältnisse für die Akteure und auf den drei Ebenen erreicht werden. In der Vorgehensweise (siehe unten) entspricht das einem Co-Design des Geschäftsmodells mit den beteiligten Akteuren. Prinzipiell ist dies auch für die Ebene der Politik bzw. Gesellschaft denkbar. Praktisch ist dies jedoch im Projektkontext oft nicht durchführbar.

Ebenso wie die Akteure werden auch die Kosten und Nutzen sowohl getrennt als auch aggregiert betrachtet. Dabei wird innerhalb der Kategorien der Kosten und der Nutzen jeweils unterschieden nach finanziellen Kosten und Nutzen, die unmittelbar monetären Charakter haben, nach freigesetzten oder eingesetzten Ressourcen im Sinne von Zeit, die abhängig von der Art des Akteurs mittelbaren oder unmittelbaren monetären Charakter hat, sowie nach immateriellen Kosten und Nutzen, die nicht unmittelbar monetär bewertet werden können.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

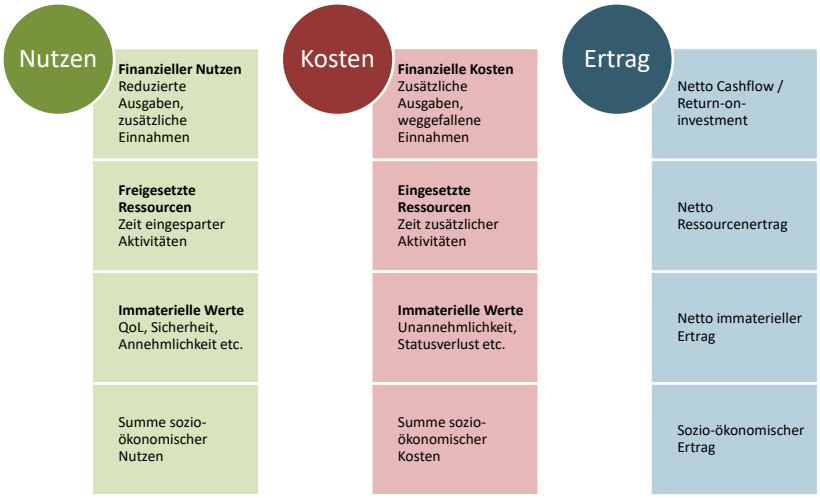


Abbildung 6: Kosten- und Nutzenarten und korrespondierende Kennzahlen

Abbildung 6 zeigt diese Trennung nach Kosten- und Nutzenarten sowie die jeweils korrespondierenden Ertragskennzahlen. Zusätzlich zu je einer Kennzahl pro Kosten- und Nutzenart wird im SEIA mit dem sozioökonomischen Ertrag eine Kennzahl betrachtet, die alle Kosten und Nutzen zusammenführt und in einen Bezug setzt. Dies setzt – wie im weiteren Verlauf beschrieben – eine Monetarisierung aller Kosten und Nutzen, einschließlich der immateriellen Werte, voraus.

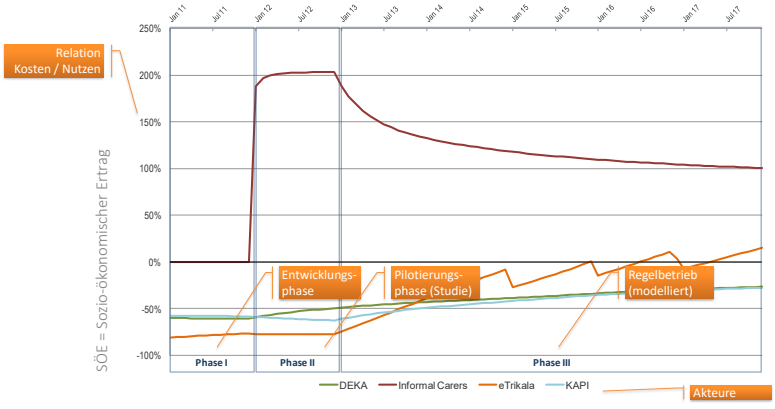


Abbildung 7: Beispiel SEIA Ergebnis: Kennzahlen über Zeit

Prinzipiell können die Kosten und Nutzen ebenso wie die Ertragskennzahlen als absolute Zahlen in Geldeswert oder als relative Zahlen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis in Prozent betrachtet werden. Je nach Darstellung erlauben die Kennzahlen dann die direkte Interpretation bzw. Modellierung auf Grundlage verschiedener Annahmen, um eine Konfiguration mit dauerhaft positivem Ertrag zu ermitteln. Entscheidend hierfür ist eine dritte Betrachtungsdimension (nach Akteur*innenebene und Kosten-/Nutzenarten): Die Entwicklung über die Zeit. Das SEIA deckt in der Regel einen Zeitraum von mehreren Monaten oder Jahren ab, um Erkenntnisse zum ROI und zur time-to-break-even zu ermöglichen. Ebenso können über die zeitliche Betrachtung unterschiedliche Phasen eines neuen Vorhabens (Konzeptentwicklung, Pilotierung, Regelbetrieb) abgebildet werden. Insoweit die zeitliche Betrachtung über die Dauer des Projekts bzw. der datengebenden Studie hinaus geht, werden

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Verläufe auf Grundlage von Annahmen (z.B. zur Entwicklung der Zahlen teilnehmender Personen und Organisationen, zu Skalierungseffekten oder zu Preisentwicklungen) modelliert. Verfahren zur Sensitivitätsanalyse werden angewendet, um damit verbundene Unsicherheiten in den Modellen zu quantifizieren.

Abbildung 7 zeigt eine solche Darstellung einer Kennzahl für verschiedene Akteure über die Zeit. Die verwendete Kennzahl (abgebildet auf der y-Achse) ist der kumulative sozioökonomische Ertrag, der das prozentuale Verhältnis der kumulativen Kosten zu den kumulativen Nutzen zum jeweiligen Zeitpunkt wiedergibt. Ein positiver Wert bedeutet, dass die kumulativen Nutzen die kumulativen Kosten übersteigen, während ein negativer Wert den umgekehrten Umstand (mehr Kosten als Nutzen) bedeutet. Auf der x-Achse ist der zeitliche Verlauf (hier über 7 Jahre) abgebildet, der sich in drei Phasen unterteilt. Die farbigen Linien stellen den sozioökonomischen Ertrag unterschiedlicher Akteure dar.

2.10.1 Zielsetzung

2.10.2 Ablauf

Abbildung 8 zeigt den Ablauf des SEIA im Projekt OnCoPaTh. Im ersten Schritt wurde für die neue Versorgungsform das Kosten-Nutzen-Modell gemeinsam mit den Projektbeteiligten entwickelt, das dann für die Datensammlung, Analyse und Modellierung handlungsleitend war. Das Kosten-Nutzen-Modell gliedert sich wiederum in zwei Teile. Im Akteursmodell werden alle Organisationen bzw. Organisationstypen und Individuen bzw. Gruppen von Individuen definiert, die an dem innovativen Versorgungskonzept entweder direkt beteiligt oder indirekt davon betroffen sind (Akteure der Lebenswelt der Sturzrisikobetroffenen). Der zweite Teil des Kosten-Nutzen-Modells ist das Indikatorenmodell, in dem für jeden Akteur die erwarteten Kosten und Nutzen im Zusammenhang mit dem Versorgungskonzept definiert werden. Die Betrachtung hier entspricht den Kosten- und Nutzenarten gemäß Abbildung 6. Methodisch wurde das Kosten-Nutzen-Modell für das Projekt mit mehreren Onlinemeetings und gemeinsamer Arbeit an den entsprechenden Dokumenten entwickelt und konsentiert. Neben dem unmittelbaren Ergebnis des ersten Schritts (dem Kosten-Nutzen-Modell) wurde ein didaktischer Nutzen unter den beteiligten Projektpartner*innen angestrebt: Sie lernten, die eigene Intervention als sozio-ökonomischen Sachverhalt und als eine dynamische Konfiguration von Kosten und Nutzen auf unterschiedlichen Ebenen zu verstehen, die ausbalanciert werden müssen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

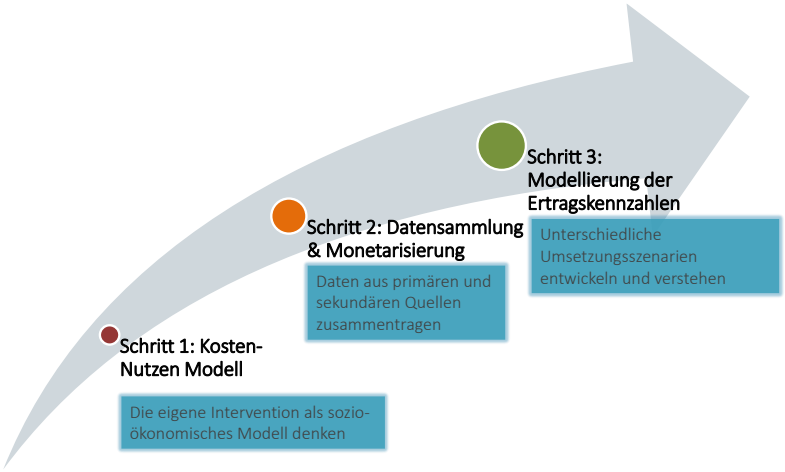


Abbildung 8: Ablauf des SEIA im Projekt

Der zweite Schritt bestand in der Sammlung von Daten zu den Kosten- und Nutzenindikatoren aller Akteure und der Monetarisierung von Effekten, die nicht unmittelbar in Geldeswert ausgedrückt werden. Für die Datensammlung kamen unterschiedliche Quellen zum Einsatz.

Das SEIA wurde iterativ durchgeführt. Im ersten Durchgang basierten die verwendeten Daten auf sekundären Quellen und der Einschätzung der Projektbeteiligten, im finalen Durchgang wurden dann primär erhobene Daten aus der Studie verwendet.

Im dritten Schritt wurden die gesammelten Daten ausgewertet, um die oben beschriebenen Kennzahlen zu errechnen. Dies geschah in zwei Iterationen. In der ersten Iteration hatte das entstehende Modell vorläufigen Charakter und einen relativ hohen Grad an Unsicherheit, der über Sensitivitätsanalysen (Monte-Carlo-Simulationen) abgebildet wurde. Das finale Modell basierte überwiegend auf empirisch erhobenen Daten der Studie. Allerdings unterlagen diese, wie oben beschrieben, starken Einschränkungen aufgrund der geringen erreichbaren Fallzahlen und weiterer Barrieren, die sich aus der Corona-Pandemie und anderen Faktoren zusammensetzten. Aus diesem Grund spielten auch für die finale Modellierung Sensitivitätsanalysen eine große Rolle.

2.10.3 Methodik

Die Auswertung erfolgte unter Verwendung einer auf Excel basierenden Software (ASSIST Tool), die Teil des verwendeten methodischen Ansatzes ist. Das ASSIST Tool ist unter einer GNU General Public License (GPL) frei online verfügbar[2]. Das Tool unterstützt die Erstellung des Akteurs- und des Indikatorenmodells, die Datenerfassung, die Berechnung der Kennzahlen, die Modellierung und die Sensitivitätsanalysen mittels Monte Carlo-Simulation. Ergebnisse werden in Zahlen- und Grafikformaten im Tool ausgegeben und können von dort weiterverwendet werden. Nach der initialen Einrichtung und der Eingabe erster Daten kann das Tool von Personen ohne Fachkenntnisse in der Gesundheitsökonomie, Programmierung oder Statistik verwendet werden, um verschiedenen Modelle auf Grundlage der eingegebenen Daten zu berechnen. Dafür sind entsprechende Hilfetexte im Tool enthalten.

[2] Siehe hierzu https://assist.empirica.de/, Menüpunkt „Toolkit“.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3 Ergebnisse der Evaluation

3.1 Wirksamkeitsstudie – Effektivität

3.1.1 Ergebnisse zu Fragestellung 1 – Routinedatenanalyse

3.1.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Von den insgesamt 829 rekrutierten Patient*innen waren 195 bei teilnehmenden Krankenkassen versichert, wovon final 184 Patient*innen in die Analysen eingeschlossen werden konnten. Abbildung 9 zeigt die Anzahl eingeschlossener Patient*innen nach Studiengruppe und Quartal.

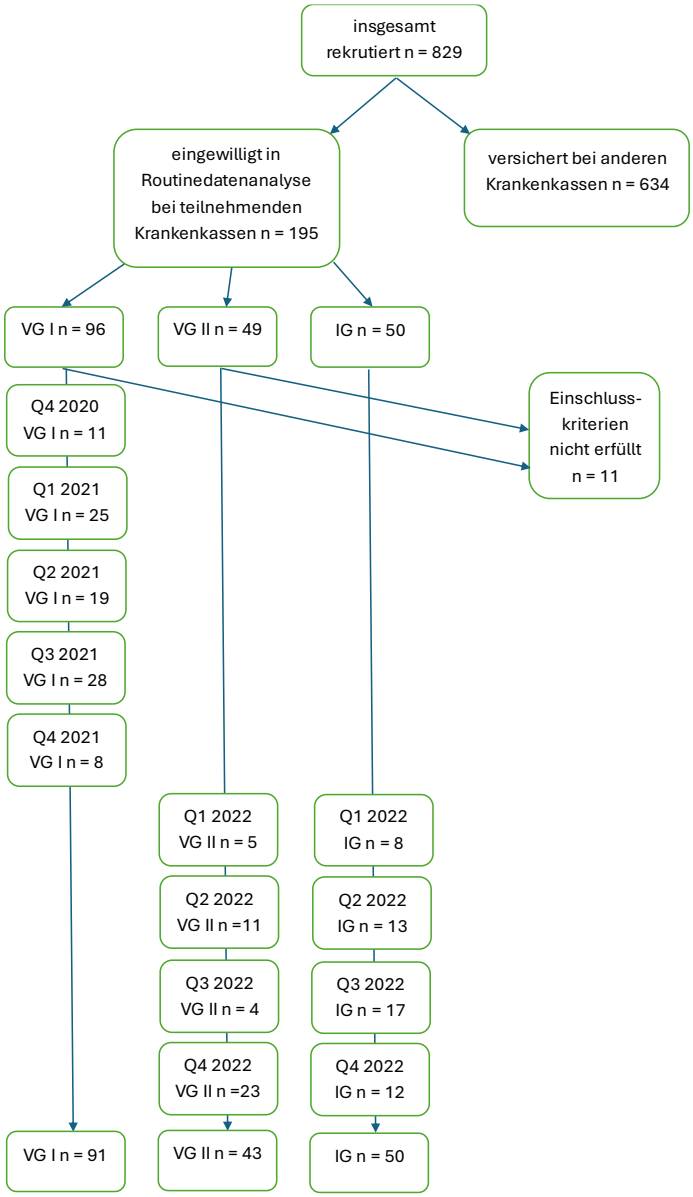


*Abbildung 9: Flowchart der Anzahl eingeschlossener Patient*innen in die Routinedatenanalyse nach Gruppenzugehörigkeit*

Proband*innen der IG unterscheiden sich hinsichtlich Geschlecht, Alter, Pflegegrad, Anzahl Verstorbener im Beobachtungszeitraum, Charlson-Score, Anzahl an Tagen zwischen dem

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studienbeginn (t_0) und ihrem Tod im Beobachtungszeitraum und Anzahl Krebsdiagnosen nicht statistisch signifikant von den Proband*innen der zusammengelegten VG I und II (VG II; siehe Tabelle 3; alle p>0,05). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Gruppen generell vergleichbar sind.
Sowohl in der IG als auch in der VG II gibt es etwas mehr männliche als weibliche Proband*innen (weiblich: IG=46%, VG II=46,5%), während es in der VG I etwas mehr weibliche Probandinnen gibt (weiblich: VG I=60,4%). Das Alter der Proband*innen im Jahr des Einschlussquartals reicht von 30 bis 86 Jahren. Die Altersgruppen 50-59 Jahre, 60-69 Jahre und 70-79 Jahre sind am stärksten besetzt. Bezüglich des Durchschnittsalters unterscheiden sich die Proband*innen in den jeweiligen Gruppen kaum voneinander (IG=64 Jahre, VG I und VG II=rd. 65 Jahre).

Die Proband*innen sind hinsichtlich der Einschlusskriterien erwartungsgemäß schwer erkrankt: Während in der IG und VG II etwas weniger als die Hälfte der Proband*innen keinen Pflegegrad hat (IG=44%, VG II=rd. 49% aller Versicherten aus der entsprechenden Gruppe), hat in der VG I etwas mehr als die Hälfte der Proband*innen keinen Pflegegrad (VG I=rd. 55% aller Versicherten aus VG I) zur Zeit des Studienbeginns. Sofern die Proband*innen einen Pflegegrad haben, sind sie größtenteils in den Pflegegrad 2 eingestuft (IG=34%, VG I=23%, VG II=30% aller Versicherten aus der entsprechenden Gruppe). Der Charlson-Comorbidity-Score (CCI) der Proband*innen reicht von 2 bis 14. Bei den wenigen Proband*innen mit Score 2 lagen aufgrund vorzeitigen Versterbens keine validierten Fernmetastasen, die zu einem höheren CCI-Score geführt hätten, vor (Kapitel 2.7.1.5 zum Vorgehen der Diagnosevalidierung und 2.7.1.6 zur Berechnung des CCI). In allen drei Gruppen liegt der durchschnittliche CCI bei rund 8 Punkten und weist somit auf eine schwere Krankheitsbelastung mit erhöhtem Sterberisiko innerhalb eines Jahres hin (M. E. Charlson et al., 1987; Mary E. Charlson et al., 2022). Die Proband*innen haben zwischen einer und bis zu elf unterschiedliche Krebsdiagnosen. In allen Gruppen haben die Proband*innen durchschnittlich rund vier unterschiedliche Krebsdiagnosen.

In allen Gruppen ist etwas weniger als die Hälfte bzw. in der VG I rund ein Drittel der Proband*innen im Beobachtungszeitraum verstorben (IG=46%, VG I=rd. 34%, VG II=rd. 47%). Von den Proband*innen, die im Beobachtungszeitraum verstorben sind, beträgt die Anzahl der Tage zwischen t_0 und Tod 30-450 Tage. Die durchschnittliche Anzahl an Tagen ist in der VG I mit 281 Tagen etwas höher als in der VG II mit 233 und in der IG mit 216 Tagen. Statistische Tests auf Unterschiede lieferten sowohl für den Vergleich zwischen der IG und der zusammengelegten VG I und II als auch zwischen IG, VG I und VG II getrennt voneinander (mit Bonferroni-Korrektur) keine Hinweise auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (p>0,05) hinsichtlich der Zeitspanne zwischen t_0 und Tod. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die aufgrund des Versterbens verkürzten Beobachtungszeiträume der verstorbenen Proband*innen keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 3: Deskriptive Beschreibung der Stichprobe (n = 184)

Variable	Ausprägungen	IG		VG I		VG II		VG I+VG II		Test auf Unterschiede zwischen IG und VG I+VG II
		absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit in %	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit in %	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit in %	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit in %	p-Wert
Geschlecht	weiblich	23	46,00	55	60,44	20	46,51	75	55,97	0,2483
	männlich	27	54,00	36	39,56	23	53,49	59	44,03	
	SUMME	50	100,00	91	100	43	100,00	134	100,00	
Altersgruppen	30-39	*[3]	*	*	*	*	*	*	*	0,4255
	40-49	*	*	7	7,69	*	9,30	11	8,21	
	50-59	11	22,00	20	21,98	8	18,60	28	20,90	
	60-69	21	42,00	31	34,07	14	32,56	45	33,58	
	70-79	15	30,00	27	29,67	15	34,88	42	31,34	
	80-89	*	*	5	5,49	*	*	7	5,22	
	SUMME	50	100,00	91	100,00	43	100,00	134	100,00	
Pflegegrad	1	*	8,00	5	5,49	*	6,98	8	5,97	0,958
	2	17	34,00	21	23,08	13	30,23	34	25,37	
	3	*	*	9	9,89	*	2,33	10	7,46	
	4	*	*	5	5,49	5	11,63	10	7,46	
	5	*	0,00	*	*	*	*	*	*	
	kein Pflegegrad	22	44,00	50	54,95	21	48,84	71	52,99	
	SUMME	50	100,00	91	100,00	43	100,00	134	100,00	
Verstorbene	verstorben	23	46,00	31	34,07	20	46,51	51	38,06	0,3984
	nicht verstorben	27	54,00	60	65,93	23	53,49	83	61,94	
	SUMME	50	100,00	91	100,00	43	100,00	134	100,00	

Tabelle 4 zeigt die codierten Krebsarten der Proband*innen, wobei mehrere Krebsarten pro Person diagnostiziert worden sein können. In allen drei Gruppen sind die drei Krebsarten „Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen“ (ICD C76-80) sowie „Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“ (ICD

[3] Fallzahlen < 5 Versicherte dürfen nicht berichtet werden, um eine Reidentifikation der Proband*innen auszuschließen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

C15-C26) und „Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe“ (ICD C30-C39) am häufigsten vertreten (siehe Tabelle 4). Die Proband*innen der VG I sind gehäuft von „Bösartigen Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen“ (ICD C76-C80) sowie von „Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“ (ICD C15-C26) betroffen.

*Tabelle 4: Krebsarten der Proband*innen (n = 184)*

Gruppe	Krebsart	absolute Anzahl	relative Häufigkeit in %
IG	Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe	32	4,0
VG I	Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe	38	4,8
VG II	Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe	39	4,9
VG I	Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralnervensystems	*[4]	*
VG II	Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralnervensystems	*	*
IG	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	85	10,7
VG I	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	160	20,1
VG II	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	69	8,7
IG	Brustdrüse (Mamma)	15	1,9
VG I	Brustdrüse (Mamma)	33	4,2
VG II	Brustdrüse (Mamma)	*	*
IG	Harnorgane	9	1,1
VG I	Harnorgane	12	1,5
VG II	Harnorgane	6	0,8
IG	Haut	*	*
VG I	Haut	11	1,4
VG II	Haut	*	*
IG	Lippe, Mundhöhle und Pharynx	8	1,0
IG	Männliche Genitalorgane	7	0,9
VG I	Männliche Genitalorgane	6	0,8
VG II	Männliche Genitalorgane	*	*
IG	Mesotheliales Gewebe und Weichteilgewebe	*	*

[4] Fallzahlen < 5 Versicherte dürfen nicht berichtet werden, um eine Reidentifikation der Proband*innen auszuschließen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

VG I	Mesotheliales Gewebe und Weichteilgewebe	7	0,9
IG	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens	8	1,0
VG I	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens	16	2,0
VG II	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens	5	0,6
IG	Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen	*	*
VG I	Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen	*	*
IG	Verdauungsorgane	40	5,0
VG I	Verdauungsorgane	98	12,3
VG II	Verdauungsorgane	47	5,9
IG	Weibliche Genitalorgane	*	*
VG I	Weibliche Genitalorgane	16	2,0
VG II	Weibliche Genitalorgane	5	0,6

3.1.1.2 Analyse des primären Endpunktes

In der IG gibt es 44 Proband*innen, in der VG I 72, in der VG II 36 und in der zusammengelegten VG I und II 108 Proband*innen mit Krankenhausaufenthalten im Beobachtungszeitraum. Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte von allen eingeschlossenen Proband*innen jeglicher Art im Beobachtungszeitraum reichte von null bis 16 Aufenthalten pro Proband*in. In der VG I gab es mit 2,7 Aufenthalten (Median = 2) am wenigsten, in der IG mit drei Aufenthalten (Median = 3) etwas mehr und in der VG II mit rund vier Aufenthalten pro Proband*in (Median = 3) durchschnittlich die meisten Krankenhausaufenthalte (siehe Tabelle 5).

*Tabelle 5: Anzahl der Krankenhausaufenthalte jeglicher Art pro Proband*in (n = 184)*

IG		**VG I**		**VG II**		**VG I+VG II**		**Test auf Unterschiede zwischen IG und VG I+VG II**		
Spannweite	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**95%-KI**	
0-10	3,00	0-12	2,71	0-16	3,91	0-16	3,10	0,8337	-1.0077	0,8136

Es konnten keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede zwischen der IG und zusammengelegten VG I und II festgestellt werden (siehe Abbildung 10; p>0,05). Da sich die Mediane zwischen der IG und der zusammengelegten VG I und II geringfügig unterscheiden, wurden diese mithilfe des nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Tests ebenso auf Gruppenunterschiede geprüft. Auch mithilfe dieses Tests konnte die Nullhypothese, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt, nicht verworfen werden (p = 0,6137 > 0,05).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

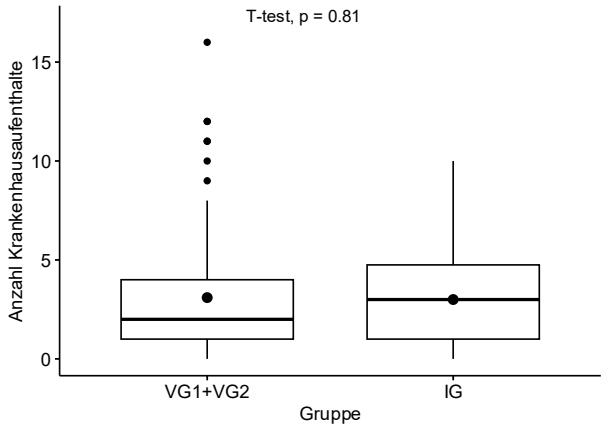


*Abbildung 10: Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Proband*in (n = 184)*

Außerdem wurden paarweise Tests auf Unterschiede zwischen der IG und der zusammengelegten VG I und II durchgeführt (siehe Abbildung 11), die ebenso keine statistisch signifikanten Ergebnisse lieferten (p>0,05).

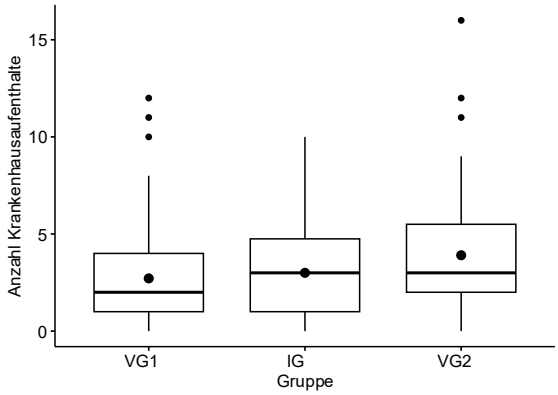


*Abbildung 11: Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Proband*in nach allen Gruppen (n = 184)*

Um mögliche Verzerrungspotenziale aufgrund der Wahl des Beobachtungszeitraumes (t_0 zu Anfang des Einschlussquartals vs. t_0 am Ende des Einschlussquartals) abzuschätzen, wurde im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse der Test auf Gruppenunterschiede noch einmal für einen Beobachtungszeitraum mit t_0 am Ende des Einschlussquartals wiederholt (siehe Sensitivitätsanalyse in Anlage 4). Sowohl die Mittelwerte als auch Mediane bezüglich der Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Versicherten unterscheiden sich kaum. Dementsprechend legen der t-Test für den Vergleich der IG und zusammengelegten VG I und II sowie der paarweise t-Test mit Bonferroni-Korrektur ebenso keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen nahe. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die Wahl des Beobachtungszeitraumes zu keinen Verzerrungen der Ergebnisse geführt hat.

3.1.1.3 Analysen der sekundären Endpunkte

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zu den Analysen der sekundären Endpunkte auf Basis der Routinedaten aufgeführt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.1.1.3.1 Rettungsdiensttransporte

In der IG gibt es 19, in der VG I 22, in der VG II 17 und in der zusammengelegten VG I und II 39 Proband*innen mit mindestens einem Tag mit mindestens einem Rettungsdiensttransport. Werden alle eingeschlossenen Versicherten betrachtet, reicht die Anzahl an Tagen mit Rettungsdiensttransporten im Beobachtungszeitraum pro Person von null bis sechs Tage (siehe Tabelle 6). In der IG, der VG II und der zusammengelegten VG liegt der Mittelwert bei rund einem Tag mit Rettungsdiensttransporten. In der VG I ist der Mittelwert geringfügig niedriger, bei rund null Tagen.

*Tabelle 6: Anzahl an Tagen mit Rettungsdiensttransporten pro Proband*in (n = 184)*

IG		VG I		VG II		VG I+VG II		Test auf Unterschiede zwischen IG und VG I + VG II		
Spannweite	Mittelwert	Spannweite	Mittelwert	Spannweite	Mittelwert	Spannweite	Mittelwert	p-Wert	95%-KI	
0-6	0,6	0-6	0,41	0-6	0,74	0-6	0,51	0,6245	-0,2572	0,4274

Sowohl zwischen der IG und der zusammengelegten VG als auch zwischen den drei Gruppen kann die Nullhypothese nicht verworfen werden und muss von keinen statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen ausgegangen werden (alle p>0,05; siehe Abbildung 12 und Abbildung 13).

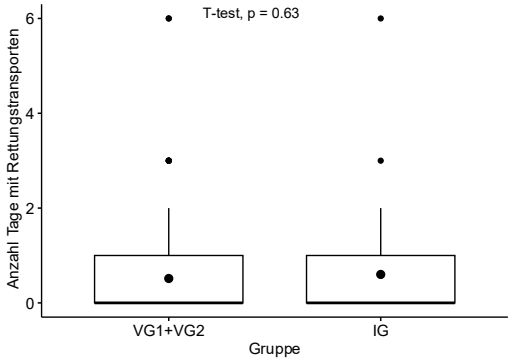


*Abbildung 12: Anzahl an Tagen mit Rettungsdiensttransporten pro Proband*in (n = 184)*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

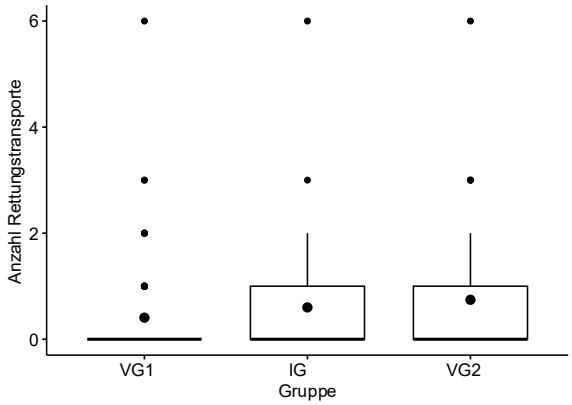


*Abbildung 13: Anzahl an Tagen mit Rettungsdiensttransporten pro Proband*in nach allen Gruppen (n = 184)*

3.1.1.3.1.1 Anteil palliativer Arzneimittel an allen Arzneimitteln

In der IG liegen 22, in der VG I 37, in der VG II 14 und in der zusammengelegten VG 51 Versicherte vor, die mindestens ein palliatives Arzneimittel verordnet bekommen haben. Werden alle eingeschlossenen Versicherten betrachtet, liegt der Anteil palliativer ATC-Gruppen an allen relevanten ATC-Gruppen pro Proband*in bei null bis 20 % (siehe Tabelle 7). Der durchschnittliche Anteil an palliativen ATC-Gruppen an allen ATC-Gruppen liegt in allen Gruppen bei rund 3%.

*Tabelle 7: Anteil palliativer ATC an allen relevanten ATC pro Proband*in (n = 184)*

IG		**VG I**		**VG II**		**VG I+VG II**		**Test auf Unterschiede zwischen IG und VG I + VG II**		
Spannweite	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**95%-KI**	
0-20	3,21	0-17	2,67	0-20	2,5	0-20	2,62	0,3942	-0,7801	1,9707

Es konnten keine Hinweise auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen der IG und der zusammengelegten VG I und II sowie zwischen allen drei Gruppen hinsichtlich des prozentualen Anteils an palliativen Arzneimitteln gefunden werden (alle p>0,05; siehe Abbildung 14 und Abbildung 15).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

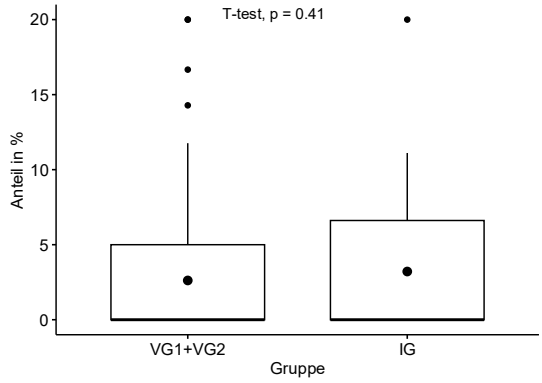


Abbildung 14: Anteil palliativer ATC an allen relevanten ATC pro Proband (n = 184)

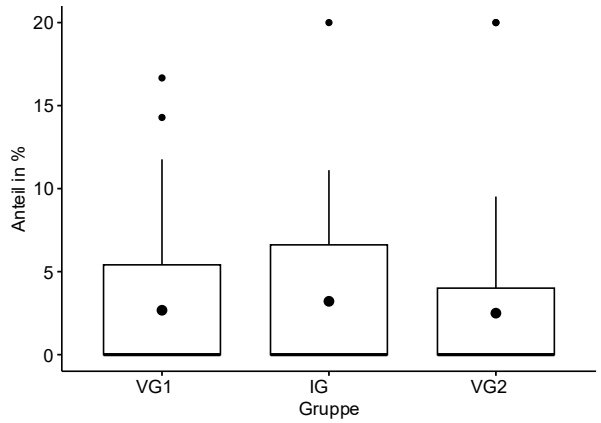


Abbildung 15: Anteil palliativer ATC an allen relevanten ATC pro Proband nach allen Gruppen (n = 184)

3.1.1.4 Gesamttherapiekosten

Da die Ergebnisse der Routinedatenanalyse keine Hinweise auf eine Effektivität der Intervention liefern, wurden anstatt der geplanten Kosten-Effektivitäts-Analyse für den sekundären Endpunkt der Gesamttherapiekosten reine Kostenanalysen durchgeführt. Bezüglich der ambulanten Kosten und der Arzneimittelkosten im Beobachtungszeitraum liegen von allen eingeschlossenen Proband*innen Kosten vor. Angegeben werden im Folgenden jeweils die Kosten pro Proband*in. Stationäre Kosten im Beobachtungszeitraum liegen bei allen Versicherten mit Krankenhausaufenthalten vor (siehe Kapitel 3.1.1.2). Sonstige Kosten (Heil-, Hilfsmittel sowie Krankentransportkosten und Kosten der Häuslichen Krankenpflege) liegen im Beobachtungszeitraum in der IG bei allen, in der VG I bei 80, in der VG II bei 40 und in der zusammengelegten VG I und II bei 120 Versicherten vor.

Die ambulanten Kosten reichen von sehr geringen (rd. 1 €) bis hin zu sehr hohen Kosten (rd. 40.000-70.000€; siehe Tabelle 8). Die Durchschnittskosten pro Proband*in liegen in der IG (rd. 8 Tsd. €; Median = rd. 3,5 Tsd. €) und VG I (rd. 7 Tsd. €; Median = rd. 3 Tsd. €) etwas höher als in der VG II (rd. 6 Tsd. €; Median = rd. 2 Tsd. €). Die stationären Kosten reichen von rd. 100 bis 124.000 €. In der IG und Vergleichsgruppe I liegen die Durchschnittskosten bei rund 20.000 € (Median = rd. 14 Tsd. € IG bzw. rd. 15 Tsd. € VG I), während in der VG II die Durchschnittskosten mit rund 23.000 € (Median = rd. 20 Tsd. €) geringfügig höher sind. Die Arzneimittelkosten sind im Vergleich zu den anderen Leistungsbereichen am höchsten und reichen von rd. 100.000 € bis rund 200.000 €. Die Durchschnittskosten sind hier ebenso in der IG und VG II etwas geringer bei rund 50.000 € (Median = rd. 29 Tsd. € IG bzw. rd. 40 Tsd. € VG I) und in der VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

etwas höher mit rund 61.000 € (Median = rd. 37 Tsd. €). Im Leistungsbereich sonstige Kosten sind die Durchschnittskosten mit rund 3.000 € (Median = rd. 3 Tsd. € in IG und VG II bzw. rd. 2 Tsd. € in VG I) in allen Gruppen am geringsten.

*Tabelle 8: Therapiekosten pro Proband*in nach Leistungsbereichen (n = 184)*

	IG		VG I		VG II		VG I+VG II	
	Spannweite	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**
ambulante Kosten	0,69-70.658,21	7.988,86	1,33-54.310,62	7.247,63	71,43-42.672,80	5.886,71	1,33-54.310,62	6.810,92
stationäre Kosten	119,10-124.384,00	20.029,90	157,00-95.708,00	20.275,00	3.431,00-66.777,00	22.607,00	157,00-95.708,00	21.075,00
Arzneimittel-kosten	94,83-197.250,07	48.988,65	263,50-190.696,70	50.806,10	137,70-211.457,50	60.571,20	137,70-211.1457,50	53.939,70
Sonstige Therapiekosten	49,50-9.704,00	3.179,80	28,24-15.496,17	3.095,05	60,88-11.240,73	3.425,57	28,24-15.496,17	3.205,23

Die Gesamttherapiekosten im Beobachtungszeitraum reichen von rund 4.000 € bis rund 260.000 € pro Proband*in (siehe Tabelle 9). In der VG I und VG II sind die Durchschnittskosten ebenso etwas niedriger mit rund 78.000 € in der IG und rund 76.000 € in der VG I im Vergleich zur VG II mit rund 88.000 €. Die Mediankosten sind ebenso in der VG II (77.174 €) am höchsten, gefolgt von der VG I (63.305 €) und der IG (55.486 €) mit den geringsten Mediankosten.

*Tabelle 9: Gesamttherapiekosten pro Proband*in (n = 184)*

IG		**VG I**		**VG II**		**VG I+VG II**		**Test auf Unterschiede zwischen IG und VG I + VG II**		
Spannweite	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**95%-KI**	
3.958,00-255.797,00	77.593,00	3.755,00-226.565,00	75.702,00	8.287,00-235.512,00	88.046,00	3.755,00-235.512,00	79.663,00	0,83	-19.761,22	15.620,51

Ein zweiseitiger t-Test für unabhängige Stichproben weist hinsichtlich der Gesamttherapiekosten pro Proband*in jedoch auf keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der IG und der zusammengelegten VG I und II hin (siehe Abbildung 16).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

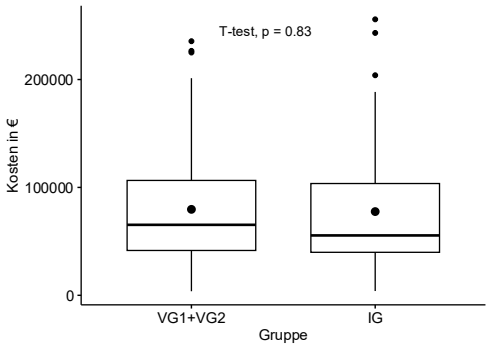


*Abbildung 16: Therapiekosten pro Proband*in (n = 184)*

Ebenso konnte mithilfe eines paarweisen t-Tests mit Bonferroni-Korrektur keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen allen Gruppen hinsichtlich der Gesamttherapiekosten gefunden werden (alle p>0,05; siehe Abbildung 17).

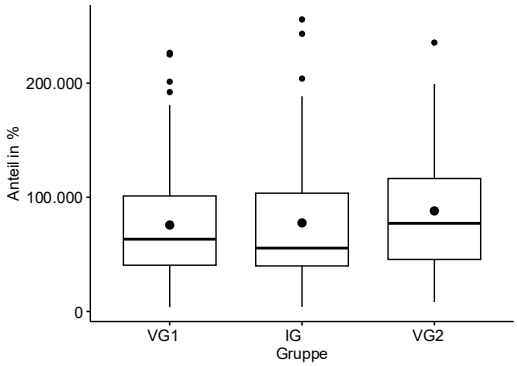


*Abbildung 17: Therapiekosten pro Proband*in nach allen Gruppen (n = 184)*

3.1.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2 – Primärdatenanalyse

3.1.2.1 Einrichtungseigenschaften

In der ersten Studienphase (VG I) konnten nach 41 Interessensbekundungen 28 onkologische Versorgungseinrichtungen eingeschlossen werden (siehe Abbildung 18). Darunter wurden 7 Kliniken, 11 MVZs, 10 niedergelassene Praxen beobachtet (siehe Tabelle 10. In der VG I war die Mehrheit der Einrichtungen in Hessen (39 %) ansässig, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (18 %). Es wurden 11 Kliniken, 7 MVZs und 10 niedergelassene Praxen beobachtet. Die Verteilungen der Bundesländer und Einrichtungsarten waren in den Gruppen der C-RCT vergleichbar. Im Durchschnitt wurden in den Einrichtungen der C-RCT etwas mehr Patient*innen eingeschrieben als in den Einrichtungen der VG I (Ø 18 vs. 13 Patient*innen pro Einrichtung). Insgesamt 23 Einrichtungen der VG I konnten in der **C-RCT** weiter beobachtet werden, 2 Einrichtungen wurden neu rekrutiert (siehe Abbildung 19).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 10: Eigenschaften der Einrichtungen

Eigenschaften	**C-RCT** N = 25[1]	**VG I** N = 28[1]
Bundesland		
Baden-Württemberg	1 (4.0%)	1 (3.6%)
Bayern	2 (8.0%)	4 (14%)
Bremen	1 (4.0%)	1 (3.6%)
Hamburg	2 (8.0%)	2 (7.1%)
Hessen	10 (40%)	11 (39%)
Niedersachsen	2 (8.0%)	1 (3.6%)
Nordrhein-Westfalen	3 (12%)	5 (18%)
Rheinland-Pfalz	4 (16%)	3 (11%)
Einrichtungsart		
K	7 (28%)	7 (25%)
M	10 (40%)	11 (39%)
N	8 (32%)	10 (36%)
Einschreibungen	18 (14)	13 (10)

[1]n (%); Mean (SD)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

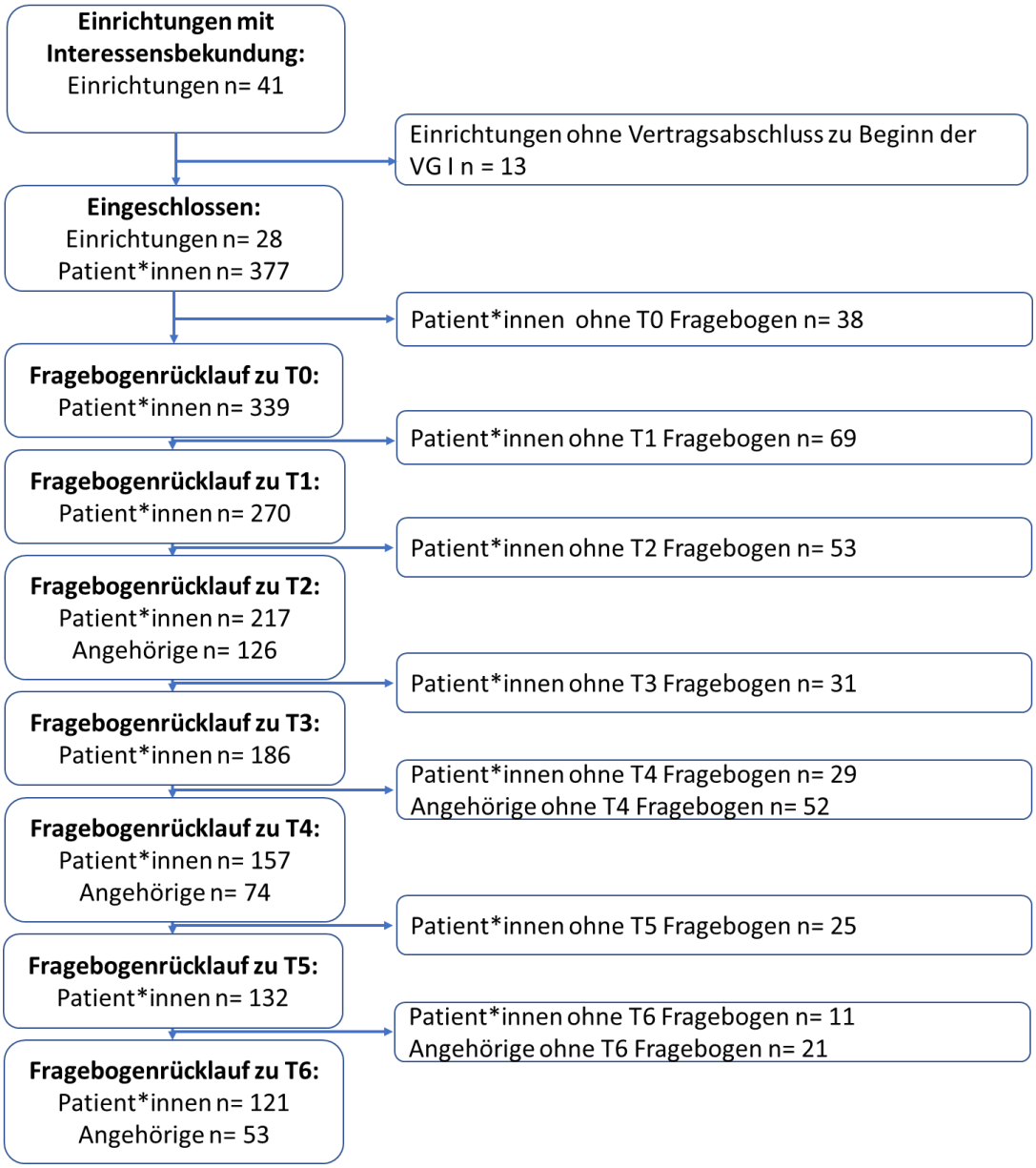


*Abbildung 18: Flowchart Anzahl eingeschlossener und aktiver Einrichtungen sowie Anzahl eingeschlossener Patient*innen und Angehöriger inkl. Fragebogenrücklauf in der VG I*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

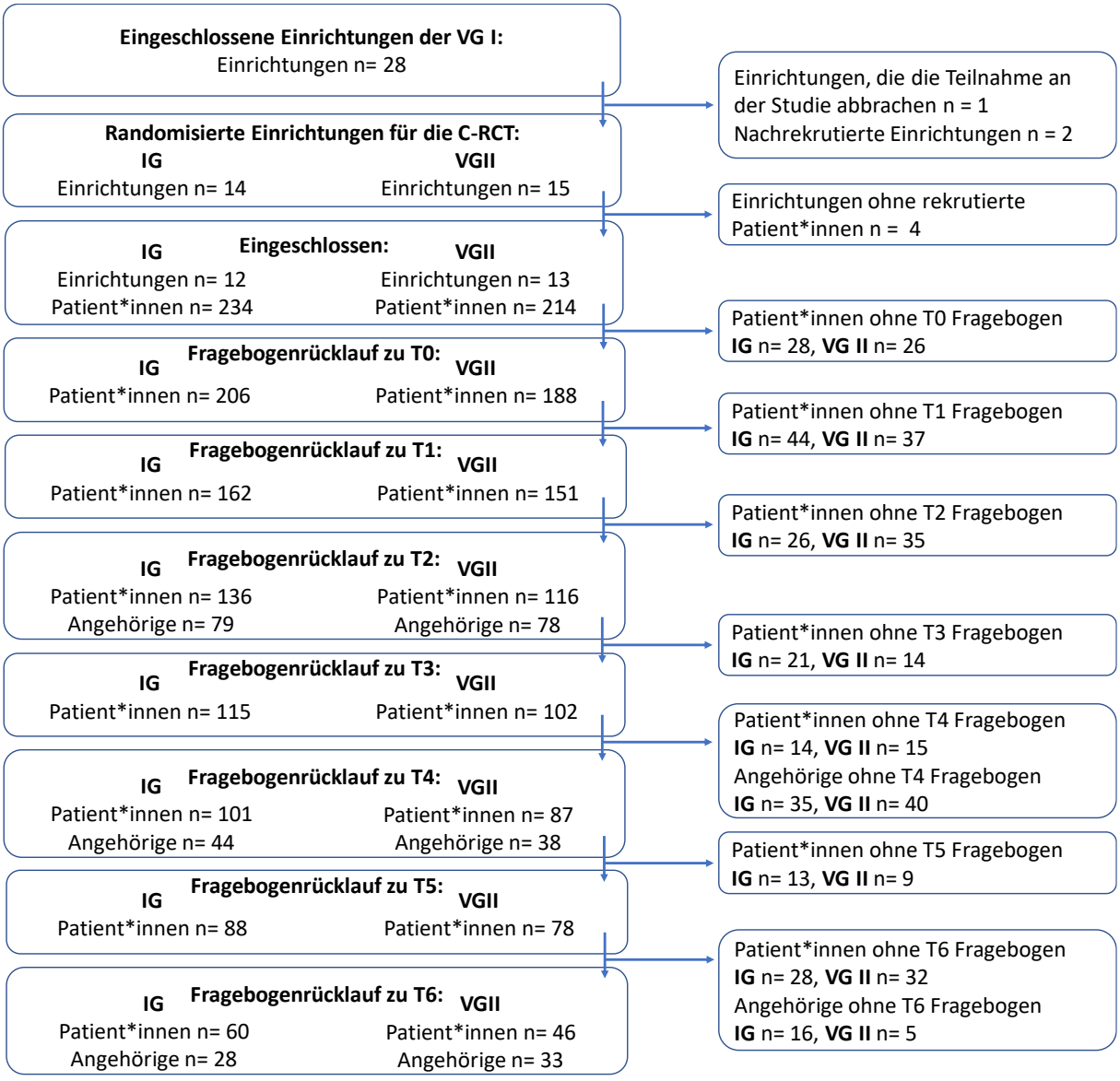


*Abbildung 19: Flowchart Anzahl eingeschlossener und aktiver Einrichtungen sowie Anzahl eingeschlossener Patient*innen und Angehöriger inkl. Fragebogenrücklauf in der C-RCT*

3.1.2.2 Patienteneigenschaften

In den Einrichtungen der VG I und C-RCT konnten 377 Patient*innen bzw. 488 Patient*innen rekrutiert werden. Von den 488 Patient*innen der C-RCT konnten 234 der IG und 214 der VG II zugeordnet werden. Nach Einschluss sendeten 88 bis 90% der eingeschlossenen Patient*innen über alle Studiengruppen hinweg einen Baseline-Fragebogen (Zeitpunkt T0) zurück. Die Populationen reduzierten sich schrittweise im weiteren Verlauf des 18-monatigen Follow-ups auf 32 bis 21 % (Zeitpunkt T6).

Abbildung 18 und Abbildung 19 bilden den Rekrutierungs- und Follow-up-Verlauf der Studiengruppen ab.

Von den 825 eingeschlossenen Patient*innen beendeten 269 (33%) Patient*innen das Follow-up, 556 (67%) Patient*innen verstarben oder brachen die Studie ab (siehe Tabelle 11). Der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

häufigste Grund für den Studienabbruch war das Versterben (n = 350 (63%)). In 13% der Fälle (n = 74) wurde die Studie auf Wunsch der Patient*innen abgebrochen, in 14% der Fälle (n = 79) war der Grund für den Studienabbruch nicht bekannt. Insgesamt nahmen 733 Patient*innen an der Baseline-Erhebung (Zeitpunkt T0) teil. Davon beendeten 8% der Patient*innen (n = 66) die Studienlaufzeit aus unbekannten Gründen frühzeitig und wurden als L2FU definiert. Der Anteil der verstorbenen Patient*innen sowie die mittlere Personenzeit sind zwischen den Gruppen vergleichbar.

Tabelle 11: Patienteneinschluss und Studienabbruch

	N	Gesamt	VG I	C-RCT
Patienteneinschluss	825	825	377	448
Davon…				
Follow-up beendet		269 (33%)	120 (32%)	149 (33%)
Studie abgebrochen		556 (67%)	257 (68%)	299 (67%)
Grund für Studienabbruch[1]	556			
Arztseitig		3 (0.5%)	1 (0.4%)	2 (0.7%)
Patientenwunsch		74 (13%)	39 (15%)	35 (12%)
Sonstiges		50 (9.0%)	25 (9.7%)	25 (8.4%)
Tod		350 (63%)	159 (62%)	191 (64%)
Unbekannt		79 (14%)	33 (13%)	46 (15%)
Patient*innen mit Baseline	733	733	339	394
Davon…				
L2FU[2]		66 (8.0%)	32 (8.5%)	34 (7.6%)
Follow-ups abgebrochen		96 (13%)	46 (14%)	50 (13%)
Follow-up beendet		269 (37%)	120 (35%)	149 (38%)
Tod		302 (41%)	141 (42%)	161 (41%)
Mittlere, beobachtete Personentage[3]	733	297 (211)	301 (214)	294 (208)

In dieser Tabelle sind Häufigkeiten [n (%)] oder Mittelwerte [Mittelwert (SD)] dargestellt. [1]Patient*innen, welche die Studie sowie das Follow-up nach der Baseline-Erhebung nicht aktiv beendeten (keinen Grund für den Studienabbruch und keine Fragebögen zum Zeitpunkt T5 bzw. T6, je nach Einschlussdatum).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

[2]Berücksichtigt Patient*innen, welche die Studie nach Einschluss beendet haben. [3]Berücksichtigt Patient*innen mit Baseline-Informationen (T0 Fragebogen)

Im Durchschnitt haben ca. 7% mehr Frauen als Männer an der Studie teilgenommen (n = 467 (56.61%)) (siehe Tabelle 12). Das mittlere Alter lag bei 65 Jahren (SD ±10.51). Am häufigsten wurden Patient*innen mit Krebserkrankungen an Lunge, Kolon/Rektum und Brust beobachtet (n = 209 (25.49%), n = 149 (18.17%) bzw. n = 140 (17.07%)). Die meisten Patient*innen (n = 168 (48.28%)) wurden dem Grad 1 der Performance Status Scale zugeordnet, d.h. sie wurden ambulant versorgt, konnten sich selbst versorgen, erlebten Einschränkungen bei anstrengenden körperlichen Aktivitäten und konnten leichte Haus- oder Büroarbeit verrichten. Die meisten Patient*innen wurden in Hessen und Nordrhein-Westfalen rekrutiert (33.70% bzw. 15.76%). Der Unterstützungsbedarf lag in der Baseline-Erhebung (Zeitpunkt T0) mit 27.9 (SD± 23.91) knapp über dem unteren Viertel und kann als gering eingestuft werden. Dem steht die gesundheitsbezogene Lebensqualität gegenüber, die mit 0.73 (SD± 0.26) knapp unter dem oberen Viertel liegt. Die aufgeführten Eigenschaften waren zwischen den Gruppen ähnlich verteilt. Während in der VG I die meisten Patient*innen in niedergelassenen Praxen rekrutiert wurden, wurden in der C-RCT die meisten Patient*innen in MVZs eingeschrieben (n = 183 (48.54%) vs. n = 197 (43.97%)).

*Tabelle 12: Eigenschaften der eingeschlossenen Patient*innen (Einschlusspopulation) im Vergleich zwischen VG I und C-RCT*

Eigenschaften	**N**	**Gesamt** N = 825	**VG I** N = 377	**C-RCT** N = 448
Geschlecht (weiblich)	825	467 (56,61%)	216 (57,29%)	251 (56,03%)
Alter	825	65,0 (10,51)	65,3 (10,77)	64,8 (10,29)
Krebsentitäten	820			
Brust		140 (17,07%)	79 (21,18%)	61 (13,65%)
Harnorgane		46 (5,61%)	25 (6,70%)	21 (4,70%)
Keine Lokalisation		29 (3,54%)	15 (4,02%)	14 (3,13%)
Kolon, Rektum		149 (18,17%)	72 (19,30%)	77 (17,23%)
Leber, Galle, Pankreas		94 (11,46%)	38 (10,19%)	56 (12,53%)
Lunge		209 (25,49%)	78 (20,91%)	131 (29,31%)
Männliche Genitalorgane		26 (3,17%)	13 (3,49%)	13 (2,91%)
Sonstige		15 (1,83%)	6 (1,61%)	9 (2,01%)
Speiseröhre, Magen, Dünndarm		57 (6,95%)	26 (6,97%)	31 (6,94%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Eigenschaften	N	Gesamt N = 825	VG I N = 377	C-RCT N = 448
Weibliche Genitalorgane		39 (4,76%)	18 (4,83%)	21 (4,70%)
Weichteilgewebe		16 (1,95%)	3 (0,80%)	13 (2,91%)
Unbekannt		5 (0,6%)	4 (1,1%)	1 (0,2%)
Performance-Status (Karnofsky oder ECOG)	348			
Normal, Aktivität ohne Einschränkungen (Grad 0)		126 (36,21%)	46 (29,49%)	80 (41,67%)
Ambulant, kann sich selbst versorgen (Grad 1)		168 (48,28%)	82 (52,56%)	86 (44,79%)
Ambulant, tagsüber mobil in mehr als 50 % der Zeit (Grad 2)		47 (13,51%)	26 (16,67%)	21 (10,94%)
> 50 % der Zeit bettlägerig (Grad 3)		7 (2,01%)	2 (1,28%)	5 (2,60%)
Unbekannt		477 (58%)	221 (59%)	256 (57%)
Bundesland	825			
Baden-Württemberg		44 (5,33%)	34 (9,02%)	10 (2,23%)
Bayern		120 (14,55%)	51 (13,53%)	69 (15,40%)
Bremen		36 (4,36%)	12 (3,18%)	24 (5,36%)
Hamburg		13 (1,58%)	10 (2,65%)	3 (0,67%)
Hessen		278 (33,70%)	145 (38,46%)	133 (29,69%)
Niedersachsen		98 (11,88%)	29 (7,69%)	69 (15,40%)
Nordrhein-Westfalen		130 (15,76%)	59 (15,65%)	71 (15,85%)
Rheinland-Pfalz		106 (12,85%)	37 (9,81%)	69 (15,40%)
Einrichtungsart	825			
Klinik		192 (23,27%)	80 (21,22%)	112 (25,00%)
MVZ		311 (37,70%)	114 (30,24%)	197 (43,97%)
Niedergelassene Praxis		322 (39,03%)	183 (48,54%)	139 (31,03%)
Unbekannt		16 (1,9%)	16 (4,2%)	0 (0%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Eigenschaften	N	Gesamt N = 825	VG I N = 377	C-RCT N = 448
Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34) zu T0	706	27,9 (23,91)	26,5 (23,55)	29,1 (24,18)
Unbekannt		119 (14%)	47 (12%)	72 (16%)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft zu T0	688	15,3 (23,12)	14,4 (23,10)	16,1 (23,14)
Unbekannt		137 (17%)	57 (15%)	80 (18%)
Subskala: Medizinische Behandlung zu T0	708	19,7 (26,45)	17,9 (26,03)	21,3 (26,75)
Unbekannt		117 (14%)	46 (12%)	71 (16%)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag zu T0	710	27,7 (28,39)	26,2 (28,27)	29,0 (28,47)
Unbekannt		115 (14%)	45 (12%)	70 (16%)
Subskala: Psychologische Unterstützung zu T0	712	33,4 (29,66)	32,8 (29,25)	34,0 (30,05)
Unbekannt		113 (14%)	44 (12%)	69 (15%)
Subskala: Gesundheitssystem & Information zu T0	703	30,0 (31,36)	27,8 (30,89)	31,9 (31,68)
Unbekannt		122 (15%)	49 (13%)	73 (16%)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) zu T0	705	0,73 (0,26)	0,73 (0,28)	0,74 (0,25)
Unbekannt		120 (15%)	52 (14%)	68 (15%)

N, n (%), Mittelwert (SD)

Während 825 Patient*innen eingeschlossen wurden (Einschlusspopulation), konnten in der ITT-Analyse für den primären Endpunkt Unterstützungsbedarf nur 149 Patient*innen mit vollständigem Follow-up berücksichtigt werden (ITT-Analysepopulation). Im Unterschied zur Einschlusspopulation (siehe Tabelle 12) sind Patient*innen der ITT-Analysepopulation ca. 1. Jahr jünger (ITT 64.3 (SD +- 11.22) vs. Einschluss 65.0 (SD +- 10.51)) (siehe Tabelle 13). Die ITT-Analysepopulation hat mit 89 Patient*innen (59.73%) einen leicht höheren Frauenanteil, einen geringeren Anteil an Patient*innen mit Krebserkrankungen an Kolon oder Rektum und einen höheren Anteil an Brustkrebspatient*innen. Positive Unterschiede im Vergleich der ITT-Analysepopulation mit der Einschlusspopulation zeigen sich auch im Performance-Status, im Unterstützungsbedarf und in der Lebensqualität.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 13: Eigenschaften der Patient*innen, die in der primären Analyse berücksichtigt wurden (ITT-Analysepopulation, Gruppenvergleich: IG vs. VG II)*

Eigenschaften	**N**	**Gesamt** N = 149	**IG** N = 81	**VG II** N = 68
Geschlecht (weiblich)	149	89 (59,73%)	47 (58,02%)	42 (61,76%)
Alter	149	64,3 (11,22)	64,0 (11,19)	64,7 (11,33)
Krebsentitäten	149			
Brust		33 (22,15%)	21 (25,93%)	12 (17,65%)
Harnorgane		7 (4,70%)	2 (2,47%)	5 (7,35%)
Keine Lokalisation		2 (1,34%)	2 (2,47%)	0 (0,00%)
Kolon, Rektum		22 (14,77%)	11 (13,58%)	11 (16,18%)
Leber, Galle, Pankreas		10 (6,71%)	4 (4,94%)	6 (8,82%)
Lunge		48 (32,21%)	23 (28,40%)	25 (36,76%)
Männliche Genitalorgane		5 (3,36%)	4 (4,94%)	1 (1,47%)
Sonstige		4 (2,68%)	2 (2,47%)	2 (2,94%)
Speiseröhre, Magen, Dünndarm		8 (5,37%)	5 (6,17%)	3 (4,41%)
Weibliche Genitalorgane		4 (2,68%)	3 (3,70%)	1 (1,47%)
Weichteilgewebe		6 (4,03%)	4 (4,94%)	2 (2,94%)
Performance-Status (Karnofsky oder ECOG)	72			
Normal, Aktivität ohne Einschränkungen (Grad 0)		37 (51,39%)	15 (50,00%)	22 (52,38%)
Ambulant, kann sich selbst versorgen (Grad 1)		28 (38,89%)	13 (43,33%)	15 (35,71%)
Ambulant, tagsüber mobil in mehr als 50 % der Zeit (Grad 2)		6 (8,33%)	1 (3,33%)	5 (11,90%)
> 50 % der Zeit bettlägerig (Grad 3)		1 (1,39%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)
Unbekannt		77 (52%)	51 (63%)	26 (38%)
Bundesland	149			
Baden-Württemberg		3 (2,01%)	3 (3,70%)	0 (0,00%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Eigenschaften	N	Gesamt N = 149	IG N = 81	VG II N = 68
Bayern		25 (16,78%)	25 (30,86%)	0 (0,00%)
Bremen		8 (5,37%)	0 (0,00%)	8 (11,76%)
Hessen		42 (28,19%)	22 (27,16%)	20 (29,41%)
Niedersachsen		24 (16,11%)	19 (23,46%)	5 (7,35%)
Nordrhein-Westfalen		19 (12,75%)	9 (11,11%)	10 (14,71%)
Rheinland-Pfalz		28 (18,79%)	3 (3,70%)	25 (36,76%)
Einrichtungsart	149			
Klinik		42 (28,19%)	14 (17,28%)	28 (41,18%)
MVZ		63 (42,28%)	53 (65,43%)	10 (14,71%)
Niedergelassene Praxis		44 (29,53%)	14 (17,28%)	30 (44,12%)
Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34) zu T0	149	23,2 (21,72)	23,9 (21,26)	22,5 (22,39)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft zu T0	143	12,0 (20,26)	12,3 (21,31)	11,7 (19,10)
Unbekannt		6 (4,0%)	3 (3,7%)	3 (4,4%)
Subskala: Medizinische Behandlung zu T0	149	15,5 (23,32)	17,3 (24,25)	13,3 (22,15)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag zu T0	148	21,1 (25,07)	21,4 (24,02)	20,7 (26,45)
Unbekannt		1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1,5%)
Subskala: Psychologische Unterstützung zu T0	149	29,5 (28,55)	31,3 (27,94)	27,3 (29,33)
Subskala: Gesundheitssystem & Information zu T0	147	25,6 (29,08)	25,0 (28,53)	26,3 (29,93)
Unbekannt		2 (1,3%)	1 (1,2%)	1 (1,5%)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) zu T0	144	0,79 (0,21)	0,79 (0,19)	0,79 (0,23)
Unbekannt		5 (3,4%)	2 (2,5%)	3 (4,4%)

N, n (%), Mittelwert (SD)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der ITT-Analysepopulation haben 81 Patient*innen der IG und 68 Patient*innen der VG II das Follow-up vollständig beendet (siehe Tabelle 13). Die Eigenschaften der Gruppen unterscheiden sich leicht. In der VG II ist der Anteil der Frauen mit 61.76% (n = 42 vs. IG 58.02%, n = 47) höher und der Anteil an Patient*innen mit Krebserkrankungen an Lunge (VG II 36.76%, n = 25 vs. IG 28.40%, n = 23) oder Kolon bzw. Rektum (VG II 16.18% vs. IG 13.58%) ist jeweils höher. Es zeigen sich zudem Unterschiede im Performance-Status. Während in der VG II der Anteil an Patient*innen mit einem Performance-Status Grad 0 am höchsten ist (n = 22 (52.38%)), ist in der IG der Anteil an Patient*innen mit Grad 1 am höchsten (n = 13 (43.33%)). In der VG II wurden zudem anteilig mehr Patient*innen mit einem höheren Grad (Grad 2: n = 5 (11.90%)) klassifiziert, wobei zu beachten ist, dass der Anteil an Patient*innen ohne Klassifikation in der IG höher ist (IG n = 51 (63%) vs. VG II n = 26 (38%)). In der IG zeigt sich ein leicht höherer Unterstützungsbedarf (IG 23.9 (SD +- 21.26) vs. VG II 22.5 (SD +- 22.39)), während die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Gruppen vergleichbar ist (IG 0.79 (SD +- 0.19) vs. VG II 0.79 (SD +- 0.23).

3.1.2.3 Angehörigeneigenschaften

Insgesamt konnten zum Zeitpunkt T0 283 Angehörige eingeschlossen und befragt werden (VG I n = 126, VG II n = 78, IG n = 79) (siehe Abbildung 18 und Abbildung 19). Die Populationen reduzierten sich schrittweise im weiteren Verlauf des 12-monatigen Follow-ups auf 42 bis 35 % (Zeitpunkt T2).

Über 50 % der Angehörigen waren weiblich (VG I n = 66 (52%), C-RCT n = 86 (55%)). In den C-RCT Gruppen lag das Alter im Mittel bei 59 Jahren (SD +- 13), während die zugehörigen Patient*innen im Mittel mit 66 Jahren (SD +- 10) etwas älter waren. Die meisten Angehörigen waren mit den teilnehmenden Patient*innen verheiratet bzw. lebten in einer Partnerschaft (n = 191 (67%)). In der VG I zeigt sich mit 25.1 (SD +- 24.26) ein leicht höherer Unterstützungsbedarf (Gesamtscore) zum Zeitpunkt T0 (vgl. C-RCT 23.3 (SD +- 24.21). Der Unterstützungsbedarf befindet sich in allen Gruppen um das untere Viertel und kann als gering eingeschätzt werden. Insgesamt ist der Unterstützungsbedarf in der Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung zu T0 mit 20.9 (SD +- 24.53) am höchsten und in der Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie zu T0 mit 12.5 (SD +- 21.89) am niedrigsten. Ca. 35 bzw. 37% der Angehörigen waren seit der Erstdiagnose (n = 98) bzw. weniger als ein Jahr (n = 105) in die onkologische Versorgung der Patient*innen eingebunden. In den C-RCT Gruppen waren die Angehörigen im Schnitt weniger lang eingebunden. In der C-RCT waren 42% der Angehörigen (n = 66) weniger als ein Jahr eingebunden (im Vergleich zur VG I n =39 (31%)). Ca. 31% der Angehörigen (n = 48) waren seit der Erstdiagnose eingebunden (im Vergleich zur VG I n = 50 (39.7%)) (siehe Tabelle 14). Die demographischen und versorgungsbezogenen Eigenschaften der Gesamtpopulation der Angehörigen sind mit den Eigenschaften der Studiengruppen VG II und IG vergleichbar. Im Vergleich zwischen den Studiengruppen VG II und IG zeigen sich nur geringe Unterschiede (siehe Anlage 12 Tabelle 1).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 14: Eigenschaften der eingeschlossenen Angehörigen Vergleich zwischen C-RCT vs. VG I

Eigenschaften	N	Gesamt N = 283	VG I N = 126	C-RCT N = 157
Geschlecht	257			
Männlich		105 (37%)	39 (31%)	66 (42%)
Weiblich		152 (54%)	66 (52%)	86 (55%)
Unbekannt		26 (9,2%)	21 (17%)	5 (3,2%)
Alter der Angehörigen	283	59 (13)	- (-)	59 (13)
Unbekannt		130 (46%)	126 (100%)	4 (2,5%)
Alter der Patient*innen	283	66 (10)	67 (10)	65 (10)
Unbekannt		1 (0,35%)	1 (0,79%)	0 (0%)
Beziehung zum/ zur Patienten*in	283			
Verheiratet oder Lebenspartner*in		191 (67%)	82 (65%)	109 (69%)
Verwandt		75 (27%)	36 (29%)	39 (25%)
Befreundet		8 (2,8%)	2 (1,6%)	6 (3,8%)
Sonstiges		4 (1,4%)	3 (2,4%)	1 (0,6%)
Unbekannt		5 (1,8%)	3 (2,4%)	2 (1,3%)
Sonstige Beziehungen zum/ zur Patienten*in	4			
Schwägerschaft		2 (50%)	1 (33%)	1 (100%)
Wohn- u, Lebensgemeinschaft		1 (25%)	1 (33%)	0 (0%)
Unbekannt		1 (25%)	1 (33%)	0 (0%)
Dauer der Einbindung in die onkologische Versorgung des/ der Patienten*in	283			
Bisher noch gar nicht		10 (3,5%)	2 (1,6%)	8 (5,1%)
Weniger als 1 Jahr		105 (37%)	39 (31%)	66 (42%)
1 bis 2 Jahre		43 (15%)	22 (17,4%)	21 (13,4%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Eigenschaften	N	Gesamt N = 283	VG I N = 126	C-RCT N = 157
3 bis 5 Jahre		14 (4,9%)	5 (4,0%)	9 (5,7%)
Mehr als 5 Jahre		5 (1,7%)	2 (1,6%)	3 (1,9%)
Seit der Erstdiagnose		98 (34,6%)	50 (39,7%)	48 (30,6%)
Unbekannt		8 (2,8%)	6 (4,8%)	2 (1,3%)
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G) zu T0	283	24,1 (24,21)	25,1 (24,26)	23,3 (24,21)
Unbekannt		5 (1,8%)	4 (3,2%)	1 (0,6%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung zu T0	283	29,3 (30,43)	30,8 (30,20)	28,2 (30,65)
Unbekannt		4 (1,4%)	2 (1,6%)	2 (1,3%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich zu T0	283	25,2 (26,55)	26,3 (27,09)	24,3 (26,18)
Unbekannt		4 (1,4%)	4 (3,2%)	0 (0%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit zu T0	283	20,9 (24,53)	21,1 (26,65)	20,8 (22,83)
Unbekannt		9 (3,2%)	6 (4,8%)	3 (1,9%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie zu T0	283	12,5 (21,89)	13,3 (21,83)	11,9 (21,99)
Unbekannt		8 (2,8%)	7 (5,6%)	1 (0,6%)

N, n (%), Mittelwert (SD)

3.1.2.4 Wirksamkeitsanalyse

3.1.2.4.1 Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G)

IG vs VG II Gruppenvergleich

Abbildung 20 und Abbildung 21 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Gesamtscores für den Unterstützungsbedarf der Patient*innen der ITT-Analysepopulation über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Die Gesamtscores dieser Population liegen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei ca. 5 und am 75. Perzentil

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

bei ca. 38. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen unter 25, d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 20).

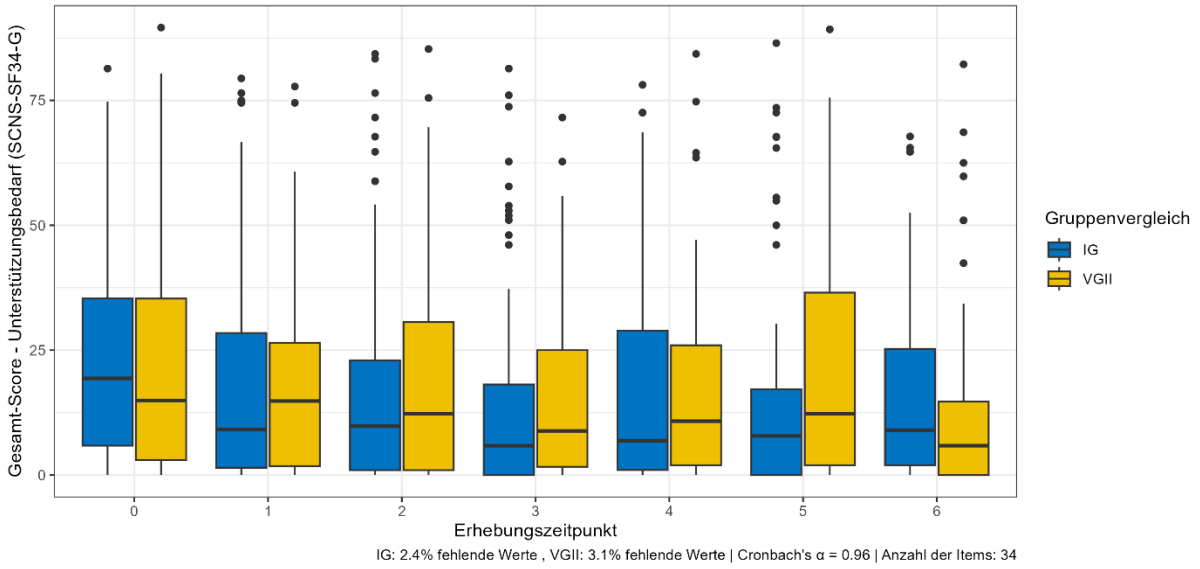


Abbildung 20: Verteilung der Gesamtscores (SCNS-SF34-G) nach Erhebungszeitpunkt und Gruppe (IG vs. VG II)

Für insgesamt 81 Patient*innen der IG und 68 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die mittleren Gesamtscores sind zwischen der IG und der VG II über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Der Gesamtscore nimmt über die Zeitpunkte T0 bis T6 tendenziell ab und liegt zu T0 bei ca. 25 und zu T6 bei ca. 15 (siehe Abbildung 21). In Anlage 12 Tabelle 2 sind Gesamtscores und Subskalen-Scores über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Sowohl die Entwicklung der Scores als auch die Gruppenunterschiede über die Zeitpunkte T0 bis T6 zeigen ein ähnliches Muster wie die Gesamtscores.

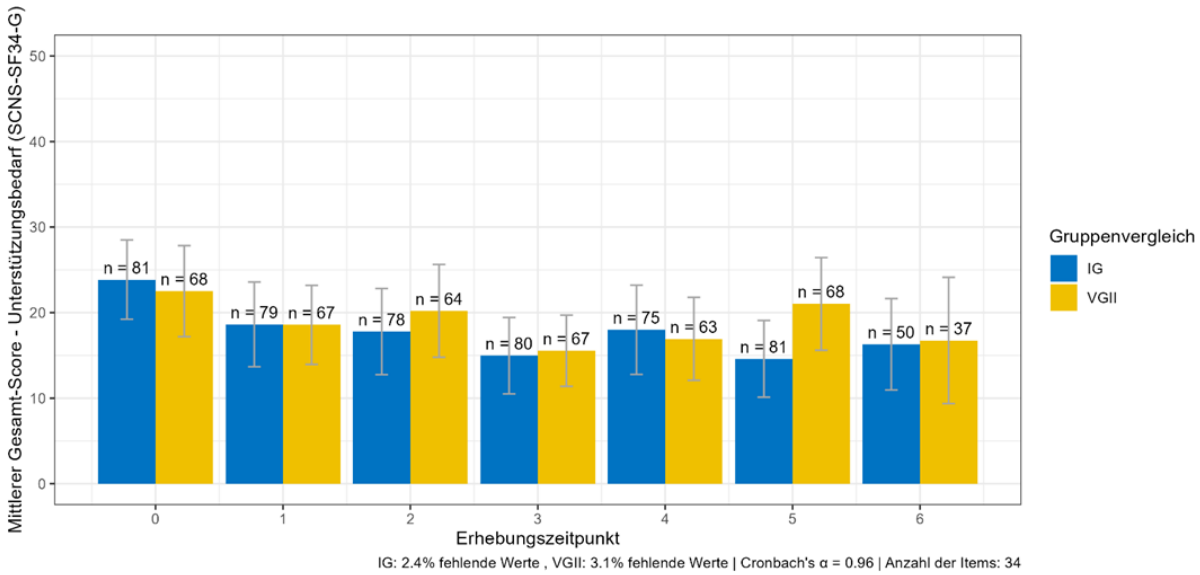


*Abbildung 21: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Patient*innen (SCNS-SF34-G) im Vergleich zwischen IG und VG II*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In dem primären, linearen gemischten Analysemodell konnten 94 Patient*innen mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T6 in 18 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 15, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 120 Patient*innen und 21 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 15, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigten, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, des Gesamtscores zu T0, der Einrichtungsart und des Einzugsgebiets der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 15 Modell 1: β: -0.30, 95%-KI: -11 bis 11). Der Unterstützungsbedarf zu T6 ist damit zwischen VG II und IG nicht signifikant unterschiedlich. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 15, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 15, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: 0.91, 95%KI: -8.0 bis 9.9 und Modell 3: β: 0.65, 95%KI: -8.2 bis 9.5). Während sich das weibliche Geschlecht tendenziell negativ auf den Unterstützungsbedarf auswirkte (Modell 3: β: 7.0, 95%KI: -1.0 bis 15), wirkte sich das Alter eher positiv aus (Modell 3: β: -0.1395% KI: -0.50 bis 0.24), wobei die KIs jeweils die Null umschließen. Der Zufallseffekt der onkologischen Einrichtungen (Interzept) liegt in Modell 1 bei 5,5, was bedeutet, dass sich die Einrichtungen in ihrem Basisniveau moderat unterscheiden. Der Residualfehler liegt in Modell 1 bei 18, was bedeutet, dass die meiste Varianz innerhalb der Einrichtungen liegt. Das spiegelt auch der adjustierte Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) mit 0,091 in Modell 1 wider. D.h., dass nach Berücksichtigung der festen Effekte (z. B. Gesamtscore zu T0 und Einrichtungsart) noch 9,1 % der Varianz verbleiben, die durch Unterschiede zwischen den Einrichtungen erklärbar sind. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass die restlichen 90,9 % der Varianz innerhalb der Einrichtung liegen. Zu beachten ist, dass im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität das Bundesland als Zufallseffekt entfernt wurde. Die Effektschätzer waren über die Modellprüfung hinweg stabil und Gütekriterien konnten optimiert werden.

*Tabelle 15: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T6** Cluster n = 18 Patient*innen n = 94			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 21 Patient*innen n = 120			**Modell 3** **LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 21 Patient*innen n = 120		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	5,4	-8,8, 20	0,4	7,0	-3,8, 18	0,2	13	-15, 40	0,4
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**-0,30**	**-11, 11**	**>0,9**	**0,91**	**-8,0, 9,9**	**0,8**	**0,65**	**-8,2, 9,5**	**0,9**
Gesamtscore zu T0	0,50	0,33, 0,67	<0,001	0,61	0,45, 0,76	<0,001	0,58	0,42, 0,73	<0,001

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Modell 1 T6 Cluster n = 18 Patient*innen n = 94			Modell 2 LOCF zu T6 Cluster n = 21 Patient*innen n = 120			Modell 3 LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht Cluster n = 21 Patient*innen n = 120		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-2,1	-17, 13	0,8	-4,7	-16, 7,0	0,4	-4,6	-16, 6,9	0,4
Niedergelassene Praxis	-0,24	-15, 15	>0,9	-1,4	-13, 9,9	0,8	-2,7	-14, 8,6	0,6
Einzugsgebiet der AOK Hessen	4,6	-9,3, 19	0,5	5,6	-8,0, 19	0,4	6,4	-7,0, 20	0,3
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	5,5			2,6			2,1		
Residualfehler	18			20			20		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							7,0	-1,0, 15	0,087
Alter							-0,13	-0,50, 0,24	0,5

Im Vergleich zu anderen Zeitpunkten ist der Gruppenunterschied der rohen mittleren Gesamtscores zum Zeitpunkt T5 am größten, wobei sich die Konfidenzintervalle überschneiden (siehe Abbildung 21). Diese Tendenzen spiegeln sich auch in den Regressionsergebnissen wider. Im Vergleich zur VG II ist der Unterstützungsbedarf in der IG tendenziell geringer (Modell 1: β: 5.8, 95%-KI: -13 bis 1.6). Unter Berücksichtigung des LOCF zum Zeitpunkt T5 sowie unter der Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zeigen sich ähnliche Ergebnisse (siehe Modell 2 und 3 in Tabelle 16). Im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität wurden das Bundesland als Zufallsinterzept sowie die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die in Tabelle 16 abgebildeten Modelle, trotz Modellvereinfachungen jeweils singulär bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 16: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T5 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1*** **T5** Cluster n = 21 Patient*innen n = 149			**Modell 2*** **LOCF zu T5** Cluster n = 24 Patient*innen n = 203			**Modell 3*** **LOCF zu T5 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 24 Patient*innen n = 203		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	13	5,6, 20	<0,001	12	5,6, 18	<0,001	6,1	-14, 26	0,5
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**-5,8**	**-13, 1,6**	**0,12**	**-2,7**	**-9,0, 3,6**	**0,4**	**-2,5**	**-8,8, 3,7**	**0,4**
Gesamtscore zu T0	0,43	0,28, 0,58	<0,001	0,55	0,43, 0,67	<0,001	0,54	0,42, 0,66	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-3,5	-12, 5,1	0,4	-6,3	-14, 1,1	0,10	-6,9	-14, 0,55	0,069
Niedergelassene Praxis	-2,2	-11, 6,1	0,6	-2,0	-9,4, 5,5	0,6	-2,8	-10, 4,7	0,5
Einzugsgebiet der AOK Hessen	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	20			21			21		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							4,8	-1,2, 11	0,12
Alter							0,06	-0,22, 0,34	0,7

Unter Berücksichtigung der PP1 Population konnten 85 Patient*innen mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T6 in 15 Versorgungseinrichtungen und 138 Patient*innen mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T5 in 18 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 17, Modell 1 und 2). Zwischen IG und VG II zeigen sich weder zu T5 noch zu T6 relevante Gruppenunterschiede. Die Ergebnisse sind mit den Ergebnissen der ITT-Analyse vergleichbar. Der geschätzte Effekt beträgt in Modell 1 4,5 (95 %-KI: –7,1 bis 16) und in Modell 2 –4,4 (95 %-KI: –13 bis 4,4). Die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ergebnisse der Modelle mit Berücksichtigung von LOCF und festen Effekten sind in Anlage 12 Tabellen 3 und 4 abgebildet.

*Tabelle 17: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II*

	Modell 1 **T6**			**Modell 2*** **T5**		
Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Cluster n = 15 Patient*innen n = 85			Cluster n = 18 Patient*innen n = 138		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	2,2	-12, 16	0,7	13	4,8, 20	0,002
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**4,5**	**-7,1, 16**	**0,4**	**-4,4**	**-13, 4,4**	**0,3**
Gesamtscore zu T0	0,54	0,36, 0,71	<0,001	0,42	0,27, 0,58	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	-3,2	-17, 11	0,6	-4,2	-13, 5,0	0,4
Niedergelassene Praxis	6,0	-9,9, 22	0,4	-0,94	-11, 8,6	0,8
Einzugsgebiet der AOK Hessen	4,3	-12, 21	0,6			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	4,2			0,00		
Residualfehler	18			20		

Insgesamt 68 Patient*innen in 17 Versorgungseinrichtungen mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T6 konnten in der PP2-Analyse berücksichtigt werden (Tabelle 18, Modell 1). Das bedeutet, dass in der IG nur Patient*innen berücksichtigt wurden, die die zentralen Interventionselemente erhielten. Zum Zeitpunkt T5 konnten in der PP2-Analyse 113 Patient*innen in 20 Versorgungseinrichtungen mit einem Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden (siehe Tabelle 18, Modell 2). Zwischen IG und VG II zeigen sich weder zu T5 noch zu T6 relevanten Gruppenunterschiede. Die Ergebnisse sind mit den Ergebnissen der ITT-Analyse vergleichbar. Der geschätzte Effekt beträgt in Modell 1 5,2 (95 %-KI: -5.1 bis 16) und in Modell 2 -5.9 (95 %-KI: -15 bis 3.6). Die Ergebnisse der Modelle mit Berücksichtigung von LOCF und festen Effekten sind in Anlage 12 Tabellen 5 und 6 abgebildet.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 18: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II*

	Modell 1* **T6**			**Modell 2*** **T5**		
Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Cluster n = 17 Patient*innen n = 68			Cluster n = 20 Patient*innen n = 113		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,5	-3,6, 19	0,2	16	8,0, 24	<0,001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**5,2**	**-5,1, 16**	**0,3**	**-5,9**	**-15, 3,6**	**0,2**
Gesamtscore zu T0	0,46	0,24, 0,67	<0,001	0,29	0,11, 0,47	0,002
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	-9,3	-22, 3,8	0,2	-6,6	-17, 4,2	0,2
Niedergelassene Praxis	2,2	-10, 14	0,7	-1,6	-11, 7,8	0,7
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00		
Residualfehler	18			20		

C-RCT vs. VG I Gruppenvergleich

Abbildung 22 und Abbildung 23 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Gesamtscores für den Unterstützungsbedarf der Patient*innen der C-RCT im Vergleich zur VG I dar. Die Population schließt alle Patient*innen ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Ähnlich wie in dem Vergleich zwischen VG II und IG liegt die Mehrheit der Gesamtscores dieser Population über alle Erhebungszeitpunkte hinweg zwischen 0 und 38. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen unter 25, d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 22).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

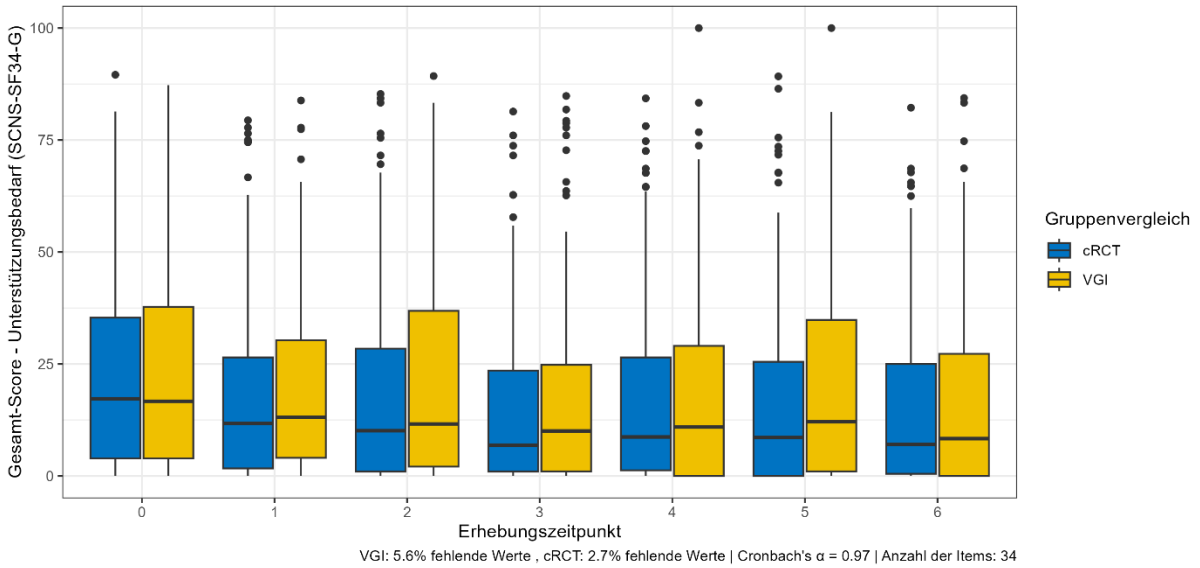


Abbildung 22: Verteilung des Gesamtscore - Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34-G) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 149 Patient*innen der C-RCT und 126 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Während die mittleren Gesamtscores der C-RCT und VG I zum Zeitpunkt T0 vergleichbar sind, sind die mittleren Gesamtscores der VG I von T1 bis T6 leicht höher im Vergleich zur C-RCT. Die Konfidenzintervalle je Gruppen und Zeitpunkt überschneiden sich jeweils. Der Gesamtscore nimmt über die Zeitpunkte T0 bis T6 tendenziell ab und liegt zu T0 bei ca. 23 und zu T6 bei ca. 16 in der C-RCT und bei ca. 19 in der VG I (siehe Abbildung 23). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe liegt in der VG I bei 5,6% und in der C-RCT bei 2,7%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,97 als sehr hoch eingestuft werden.

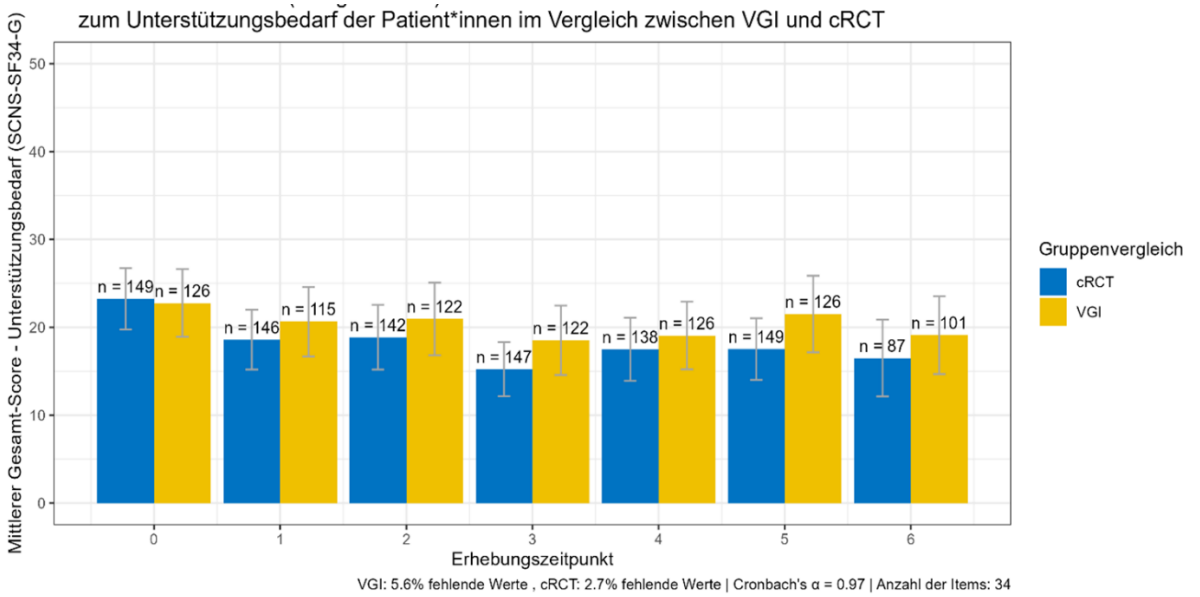


*Abbildung 23: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Patient*innen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

In der sekundären Analyse des Unterstützungsbedarfs zum Zeitpunkt T6 im Gruppenvergleich zwischen C-RCT und VG I konnten 205 Patient*innen mit einem Gesamtscore zum Zeitpunkt

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

T6 in 23 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 19, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 257 Patient*innen in 26 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 19, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich unter Berücksichtigung von Zufalls- und festen Effekten zwar ein positiver Trend zugunsten der C-RCT-Gruppe abzeichnete, das Konfidenzintervall jedoch die Null einschloss (siehe Tabelle 19: Modell 1; β = –4,4; 95 %-KI: –9,6 bis 0,80). Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 19, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 19, Modell 3) zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: -1.0, 95%KI: -6.1 bis 4.0 und Modell 3: β: -0.89, 95%KI: -5.9 bis 4.1). Ähnlich wie in der primären Analyse des Unterstützungsbedarfs zum Zeitpunkt T6 wirkt sich das weibliche Geschlecht tendenziell negativ auf den Unterstützungsbedarf aus (Modell 3: β: 3.8, 95%KI: -1.3 bis 8.9), während sich das Alter eher positiv auswirkt (Modell 3: β: -0.02;95% KI: -0.26 bis 0.22), wobei die KIs jeweils die Null umschließen. Der Zufallseffekt der onkologischen Einrichtungen (Interzept) liegt in Modell 1 bei 1,5. Der Residualfehler liegt in Modell 1 bei 18. Wie auch im Modell der primären Analyse (vgl. Tabelle 15, Modell 1) ist auch hier zu beachten, dass im Rahmen der Modellverbesserung aufgrund von Singularität das Bundesland als Zufallseffekt entfernt wurde.

*Tabelle 19: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1 T6** Cluster n = 23 Patient*innen n = 205			**Modell 2 LOCF zu T6** Cluster n = 26 Patient*innen n = 257			**Modell 3 LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 26 Patient*innen n = 257		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,8	1,1, 15	0,025	8,8	2,3, 15	0,011	8,6	-9,1, 26	0,3
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**-4,4**	**-9,6, 0,80**	**0,10**	**-1,0**	**-6,1, 4,0**	**0,7**	**-0,89**	**-5,9, 4,1**	**0,7**
Gesamtscore zu T0	0,59	0,47, 0,70	<0,001	0,59	0,48, 0,69	<0,001	0,57	0,47, 0,68	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,57	-8,3, 7,2	0,9	-2,0	-9,6, 5,6	0,6	-2,4	-9,8, 5,0	0,5
Niedergelassene Praxis	-1,5	-8,9, 5,9	0,7	-2,5	-9,8, 4,8	0,5	-2,6	-9,7, 4,5	0,4
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,91	-9,1, 11	0,9	2,5	-7,2, 12	0,6	2,5	-7,2, 12	0,6
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	1,5			1,9			1,4		

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Modell 1 T6 Cluster n = 23 Patient*innen n = 205			Modell 2 LOCF zu T6 Cluster n = 26 Patient*innen n = 257			Modell 3 LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht Cluster n = 26 Patient*innen n = 257		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Residualfehler	18			20			20		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							3,8	-1,3, 8,9	0,14
Alter							-0,02	-0,26, 0,22	0,8

In der sekundären Analyse des Unterstützungsbedarfs zum Zeitpunkt T5 im Gruppenvergleich zwischen C-RCT und VG I konnten 257 Patient*innen mit einem Gesamtscore in 25 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 20, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T5 konnten 387 Patient*innen in 27 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 20, Modell 2 und 3).

Die Ergebnisse aus der erweiterten Datengrundlage entsprechen weitgehend den Ergebnissen der vorangegangenen Analysen. Die Gruppenunterschiede der rohen mittleren Gesamtscores zu T5 und T6 sind vergleichbar (vgl. Abbildung 23) und spiegeln sich auch in den Regressionsanalysen wider (Tabelle 20, Modell 1: β = –3,9; 95 %-KI: –8,9 bis 0,99). Unter Anwendung des LOCF-Verfahrens zum Zeitpunkt T5 sowie unter Einbeziehung von Alter und Geschlecht zeigen sich vergleichbare Ergebnisse wie in Modell 1 (vgl. Modelle 2 und 3 in Tabelle 20). Im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität wurden das Bundesland als Zufallsinterzept sowie die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die in Tabelle 20 abgebildeten Modelle trotz Modellvereinfachungen jeweils singulär bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin.

*Tabelle 20: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T5 und LOCF in der Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Modell 1* T5 Cluster n = 25 Patient*innen n = 275			Modell 2* LOCF zu T5 Cluster n = 27 Patient*innen n = 387			Modell 3* LOCF zu T5 kontrolliert für Alter & Geschlecht Cluster n = 27 Patient*innen n = 387		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	12	6,2, 18	<0,001	12	7,2, 17	<0,001	0,97	-14, 16	0,9

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Modell 1* T5 Cluster n = 25 Patient*innen n = 275			Modell 2* LOCF zu T5 Cluster n = 27 Patient*innen n = 387			Modell 3* LOCF zu T5 kontrolliert für Alter & Geschlecht Cluster n = 27 Patient*innen n = 387		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**-3,9**	**-8,9, 0,99**	**0,12**	**-2,1**	**-6,4, 2,1**	**0,3**	**-1,9**	**-6,1, 2,3**	**0,4**
Gesamtscore zu T0	0,52	0,41, 0,63	<0,001	0,54	0,45, 0,62	<0,001	0,53	0,44, 0,62	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-5,1	-11, 1,1	0,10	-4,8	-10, 0,49	0,075	-5,3	-11, 0,05	0,052
Niedergelassene Praxis	-2,4	-8,6, 3,7	0,4	-1,5	-6,8, 3,8	0,6	-2,0	-7,3, 3,3	0,5
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	20			21			21		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							4,9	0,56, 9,2	0,027
Alter							0,13	-0,07, 0,33	0,2

Im Vergleich zwischen der C-RCT-Gruppe unter Berücksichtigung der PP1 und VG I konnten Population 188 Patient*innen mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T6 in 22 Versorgungseinrichtungen und 249 Patient*innen mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T5 in 24 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 21, Modell 1 und 2). Zwischen der C-RCT-Gruppe und VG I zeigen sich weder zu T5 noch zu T6 relevante Gruppenunterschiede. Die Ergebnisse sind mit den Ergebnissen der ITT-Analyse vergleichbar. Der geschätzte Effekt zeigt eine positive Tendenz und beträgt in Modell 1 -4.0 (95 %-KI: -9.7 bis 1.6) und in Modell 2 -3.1 (95 %-KI: -8.5 bis 2.3). Die Ergebnisse der Modelle mit Berücksichtigung von LOCF und festen Effekten sind in Anlage 12 Tabellen 7 und 8 abgebildet.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 21: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG I*

	Modell 1 T6			**Modell 2* T5**		
Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Cluster n = 22 Patient*innen n = 188			Cluster n = 24 Patient*innen n = 249		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,6	0,66, 14	0,033	10	4,1, 17	0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**-4,0**	**-9,7, 1,6**	**0,2**	**-3,1**	**-8,5, 2,3**	**0,3**
Gesamtscore zu T0	0,61	0,49, 0,73	<0,001	0,54	0,42, 0,66	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	-0,48	-8,4, 7,4	0,9	-4,1	-10, 2,3	0,2
Niedergelassene Praxis	-1,9	-9,6, 5,8	0,6	-0,17	-6,9, 6,6	>0,9
Einzugsgebiet der AOK Hessen	-2,0	-13, 9,2	0,7			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	1,2			0,00		
Residualfehler	18			21		

Insgesamt 163 Patient*innen in 22 Versorgungseinrichtungen mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T6 konnten in der PP2-Analyse berücksichtigt werden (Tabelle 22, Modell 1). Das bedeutet, dass in der C-RCT-Gruppe nur Patient*innen berücksichtigt wurden, die die zentralen Interventionselemente erhielten, während in der VG I alle Patient*innen der Gruppe berücksichtigt wurden. Zum Zeitpunkt T5 konnten in der PP2-Analyse 207 Patient*innen in 24 Versorgungseinrichtungen mit einem Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden (siehe Tabelle 22, Modell 2). Zwischen der C-RCT-Gruppe und der VG I zeigen sich zu T6 positive Tendenzen für die C-RCT-Gruppe, jedoch keine relevanten Gruppenunterschiede. Der geschätzte Effekt beträgt in Modell 1 -4.1 (95 %-KI: -11 bis 2.3). Die Ergebnisse zu T5 zeigen hingegen einen positiven Effekt für die C-RCT-Gruppe (Tabelle 22, Modell 2). Der geschätzte Effekt beträgt in Modell 2 -6.1, während das 95%-Konfidenzintervall nicht die Null umschließt (95 %-KI: -12 bis -0.26). Darüber hinaus sind die weiteren Ergebnisse mit den Ergebnissen der ITT-Analyse vergleichbar. Die Ergebnisse der Modelle mit Berücksichtigung von LOCF und festen Effekten sind in Anlage 12 Tabellen 9 und 10 abgebildet.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 22: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) zum Zeitpunkt T6 und T5 im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I*

	Modell 1* **T6**			**Modell 2*** **T5**		
Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Cluster n = 22 Patient*innen n = 163			Cluster n = 24 Patient*innen n = 207		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,5	0,30, 15	0,041	10	3,0, 17	0,005
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**-4,1**	**-11, 2,3**	**0,2**	**-6,1**	**-12, -0,26**	**0,041**
Gesamtscore zu T0	0,57	0,43, 0,71	<0,001	0,50	0,36, 0,63	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	-0,35	-8,4, 7,6	>0,9	-1,8	-9,1, 5,5	0,6
Niedergelassene Praxis	-0,33	-7,8, 7,2	>0,9	1,5	-5,7, 8,7	0,7
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00		
Residualfehler	19			20		

3.1.2.4.2 Unterstützungs- und Informationsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G)

IG vs VG II Gruppenvergleich

Abbildung 24 und Abbildung 25 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Gesamtscores für den Unterstützungsbedarf der Angehörigen über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Angehörigen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T1 oder T2 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Sowohl der Median als auch das 75. Perzentil liegen in der VG II über alle Zeitpunkte hinweg unter den Werten der IG. In beiden Gruppen sinken die Gesamtscores über die Zeit. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen unter 25, d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 24).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

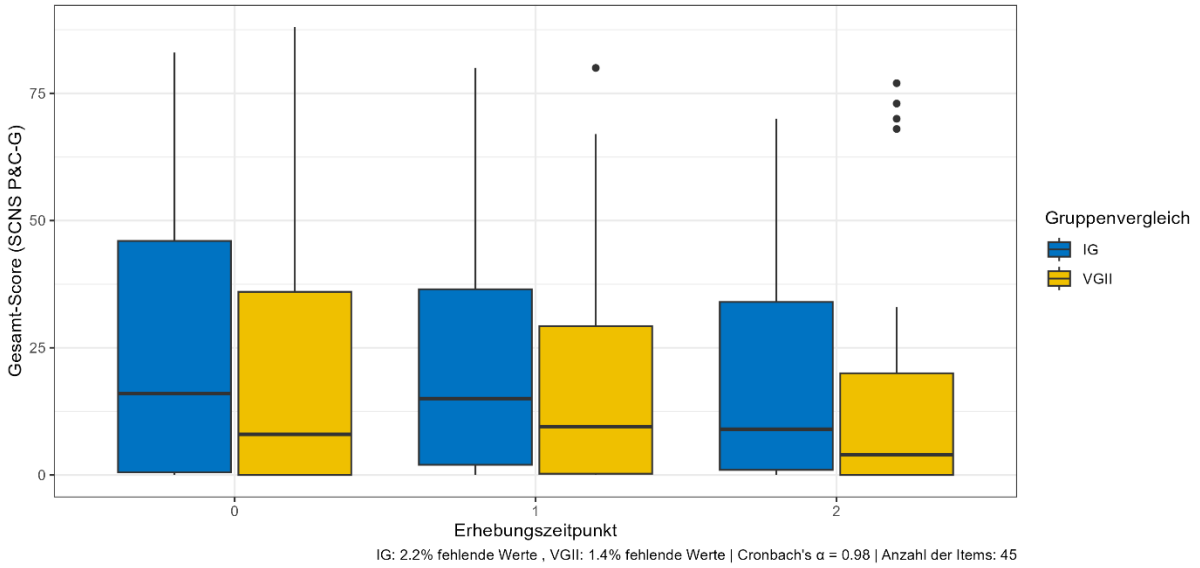


Abbildung 24: Verteilung der Gesamtscores (SCNS-P&C-G) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG I

Für insgesamt 43 Angehörige der IG und 38 Angehörige der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 6 Monaten beobachtet. Die mittleren Gesamtscores sind zwischen der IG und der VG II über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Der Gesamtscore nimmt über die Zeitpunkte T0 bis T2 tendenziell ab und liegt zu T0 bei ca. 25 und zu T6 bei ca. 15 und ist damit mit dem Unterstützungsbedarf der Patient*innen vergleichbar (siehe Abbildung 25). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in beiden Gruppen unter 5%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,98 als sehr hoch eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 11 sind Gesamtscores und Subskalen-Scores über alle Angehörigen der Gruppe VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Sowohl die Entwicklung der Subskalen-Scores als auch die Gruppenunterschiede über die Zeitpunkte T0 bis T2 zeigen ein ähnliches Muster wie die Gesamtscores.

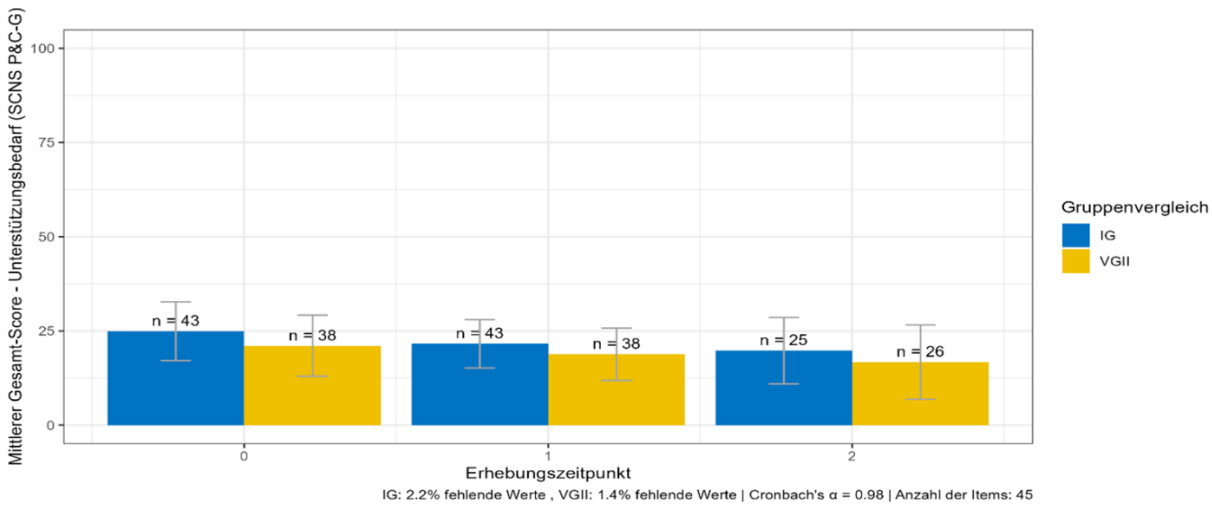


Abbildung 25: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Angehörigen (SCNS-P&C-G) im Vergleich zwischen IG und VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der linearen Regression konnten 58 Angehörige mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T2 berücksichtigt werden (siehe Tabelle 23, Modell 1). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung des Gesamtscores zu T0 und der Einrichtungsart kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 23, Modell 1: β: 1,2, 95%-KI: -9,3 bis 12). Der Unterstützungsbedarf zu T2 ist damit zwischen VG II und IG nicht signifikant unterschiedlich. Auch nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 23, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: 2,6, 95%KI: -7,3 bis 12). Sowohl das weibliche Geschlecht als auch das Alter wirken sich eher negativ auf den Unterstützungsbedarf aus, wobei die KIs jeweils die Null einschließen. Die Ergebnisse für den Unterstützungsbedarf der Angehörigen zum Zeitpunkt T1 sind vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabelle 12).

Tabelle 23: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G) zum Zeitpunkt T2 in der Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T2** Angehörige n = 58			**Modell 2** **T2** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Angehörige n = 56		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,1	-2,2, 16	0,13	-4,7	-29, 20	0,7
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**1,2**	**-9,3, 12**	**0,8**	**2,6**	**-7,3, 12**	**0,6**
Gesamtscore zu T0	0,61	0,42, 0,81	<0,001	0,61	0,41, 0,80	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	-4,5	-17, 8,2	0,5	-7,2	-19, 5,0	0,2
Niedergelassene Praxis	-2,9	-14, 8,2	0,6	-2,7	-13, 8,1	0,6
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0,01	-0,34, 0,36	>0,9
Alter				6,9	-3,1, 17	0,2

C-RCT vs VG I Gruppenvergleich

Abbildung 26 und Abbildung 27 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Gesamtscores für den Unterstützungsbedarf der Angehörigen der Gruppen VG I und C-RCT dar. Die Population schließt alle Angehörigen der VG I und C-RCT ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T1 oder T2 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Ähnlich wie im Vergleich zwischen VG II und IG liegen sowohl der Median als auch das 75. Perzentil in der VG I über alle Zeitpunkte hinweg niedriger als in der C-RCT. In beiden Gruppen sinken die Gesamtscores über die Zeit. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen unter 25, d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 26).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

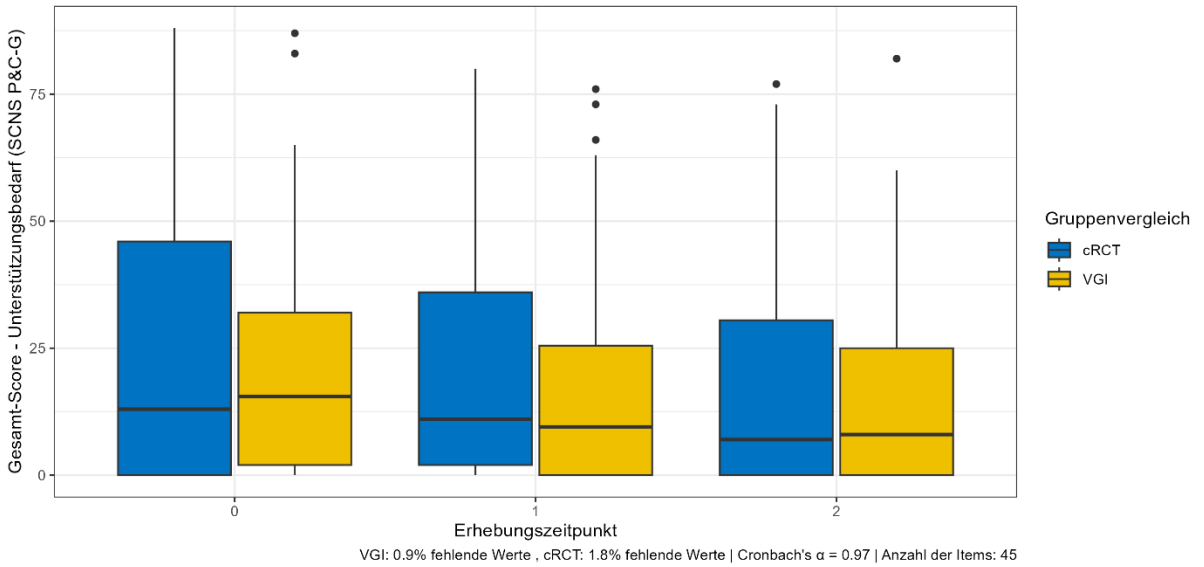


Abbildung 26: Verteilung der Gesamtscores (SCNS-P&C-G) nach Erhebungszeitpunkt und Gruppe

Für insgesamt 81 Angehörige der C-RCT und 70 Angehörige der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 6 Monaten beobachtet. Die mittleren Gesamtscores sind zwischen der C-RCT und der VG I über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Der Gesamtscore nimmt über die Zeitpunkte T0 bis T2 tendenziell ab und liegt zu T0 bei ca. 25 und zu T6 bei ca. 13 und ist damit mit dem Unterstützungsbedarf der Patient*innen vergleichbar (siehe Abbildung 27). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in beiden Gruppen unter 2%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,97 als sehr hoch eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 13 sind Gesamtscores und Subskalen-Scores über alle Angehörigen der Gruppe C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Sowohl die Entwicklung der Subskalen-Scores als auch die Gruppenunterschiede über die Zeitpunkte T0 bis T2 zeigen ein ähnliches Muster wie die Gesamtscores.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

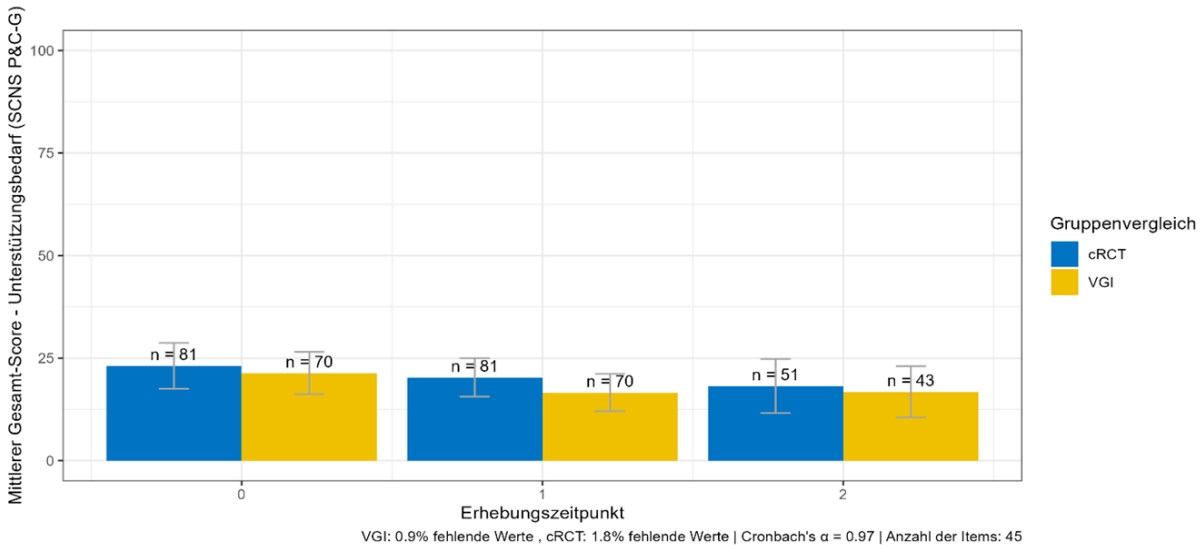


Abbildung 27: Mittlerer Gesamtscore (Range: 0-100) und 95%-Konfidenzintervalle zum Unterstützungsbedarf der Angehörigen im Vergleich zwischen VG I und C-RCT

In der linearen Regression konnten 108 Angehörige mit einem Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt T2 berücksichtigt werden (siehe Tabelle 24, Modell 1). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung des Gesamtscores zu T0 und der Einrichtungsart kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 24, Modell 1: β: -0,44, 95%-KI: -7,7 bis 6,8). Der Unterstützungsbedarf zu T2 ist damit zwischen VG I und C-RCT nicht signifikant unterschiedlich. Auch nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 24, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: -0,55, 95%KI: -7,8 bis 6,7). Sowohl das weibliche Geschlecht als auch das Alter wirken sich eher positiv auf den Unterstützungsbedarf aus, wobei die KIs jeweils die Null umschließen. Die Ergebnisse für den Unterstützungsbedarf der Angehörigen zum Zeitpunkt T1 sind vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabelle 14).

Tabelle 24: Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G) zum Zeitpunkt T2 in der Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T2** Angehörige n = 108			**Modell 2** **T2** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Angehörige n = 108		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,9	-0,47, 16	0,064	16	-13, 45	0,3
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-0,44	-7,7, 6,8	>0,9	-0,55	-7,8, 6,7	0,9
Gesamtscore zu T0	0,52	0,37, 0,67	<0,001	0,51	0,35, 0,66	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Modell 1 T2 Angehörige n = 108			Modell 2 T2 kontrolliert für Alter & Geschlecht Angehörige n = 108		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
MVZ	-1,7	-11, 7,6	0,7	-1,9	-11, 7,6	0,7
Niedergelassene Praxis	0,66	-7,9, 9,3	0,9	0,79	-7,9, 9,5	0,9
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				-0,10	-0,45, 0,25	0,6
Alter				-0,70	-8,4, 7,0	0,9

3.1.2.4.3 Ungeplante Ereignisse (Krankenhauseinweisung, Notaufnahme, Notdienst)

IG vs VG II Gruppenvergleich

Über den Zeitraum des Follow-ups wurden 92 Krankenhausaufenthalte von Patient*innen der IG und 109 Krankenhausaufenthalte von Patient*innen der VG II in der ITT-Analysepopulation beobachtet. Insgesamt konnten in den Gruppen ähnlich viele Personenjahre beobachtet werden. Die rohe Inzidenzrate der Krankenhausaufenthalte pro Personenjahr ist in der IG etwas geringer als in der VG II, wobei sich die Konfidenzintervalle jeweils überschneiden (siehe Abbildung 28).

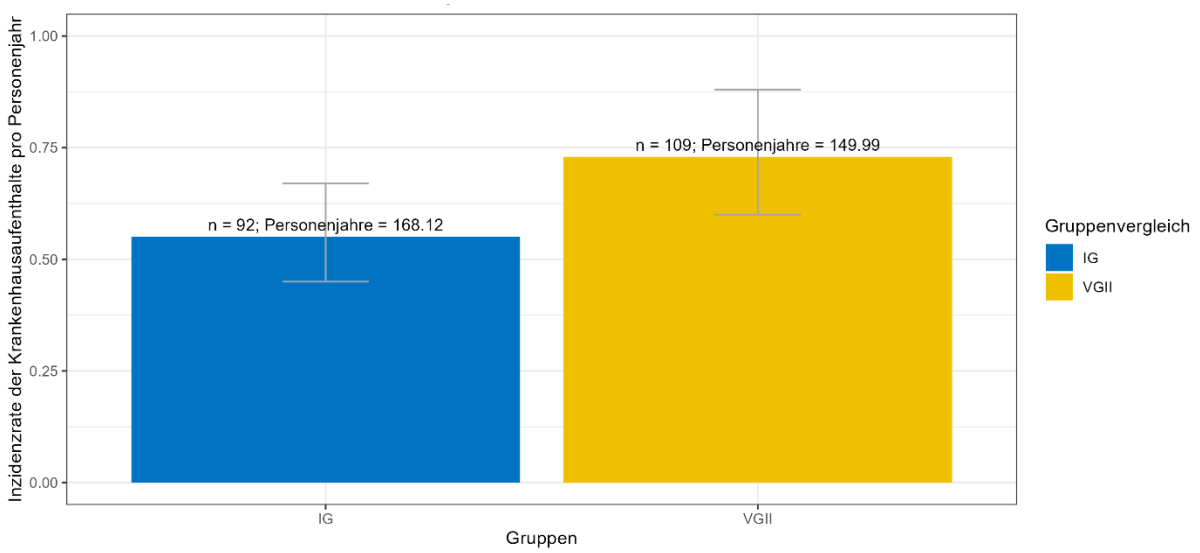


Abbildung 28: Inzidenzrate der ungeplanten Krankenhausaufenthalte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Die Regression zeigt ähnliche Ergebnisse. In der Analyse konnten 25 Einrichtungen und 296 Patient*innen berücksichtigt werden. Für Patient*innen der IG zeigte sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Krankenhausaufenthalte vor T0, der Einrichtungsart sowie des Einzugsgebiets der AOK Hessen kein Effekt auf Krankenhausaufenthalte, sowohl mit als auch ohne Adjustierung für Alter und

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Geschlecht (siehe Tabelle 25, Modell 1: Incidence Rate Ratio (IRR): 1,02; 95 %-KI: 0,67 bis 1,57, Modell 2: IRR: 1,02; 95 %-KI: 0,66 bis 1,57). Während die Ergebnisse der ITT-Analysepopulation mit den Ergebnissen der PP1 Population vergleichbar sind, zeigen sich in der Analyse der Krankenhausaufenthalte in der PP2 Population leicht negative Effekte für die IG (siehe Anlage 12 Tabellen 15 und 18).

*Tabelle 25: Ergebnisse zu ungeplanten Krankenhausaufenthalten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

	Modell 1			**Modell 2 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Endpunkt: ungeplante Krankenhausaufenthalte	Cluster n = 25 Patient*innen n = 296			Cluster n = 25 Patient*innen n = 296		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,73	0,48, 1,13	0,2	0,74	0,47, 1,17	0,2
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**1,02**	**0,67, 1,57**	**>0,9**	**1,02**	**0,66, 1,57**	**>0,9**
Krankenhausaufenthalte vor T0	1,17	0,86, 1,58	0,3	1,18	0,87, 1,59	0,3
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0,63	0,37, 1,05	0,075	0,63	0,37, 1,06	0,082
Niedergelassene Praxis	0,80	0,48, 1,32	0,4	0,80	0,48, 1,34	0,4
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,57	0,30, 1,11	0,10	0,57	0,29, 1,10	0,094
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,28			0,28		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0,97	0,71, 1,33	0,9
Alter				0,99	0,98, 1,01	0,4

Die Inzidenzrate der Notaufnahme-Kontakte sind zwischen Patient*innen der IG und VG II der ITT-Analysepopulation vergleichbar, die Konfidenzintervalle überschneiden sich jeweils (siehe Abbildung 29). Insgesamt konnten in den Gruppen ähnlich viele inzidente Fälle (IG: n = 93, VG II n = 85) und Personenjahre (IG: n = 168,99, VG II n = 151,79) beobachtet werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

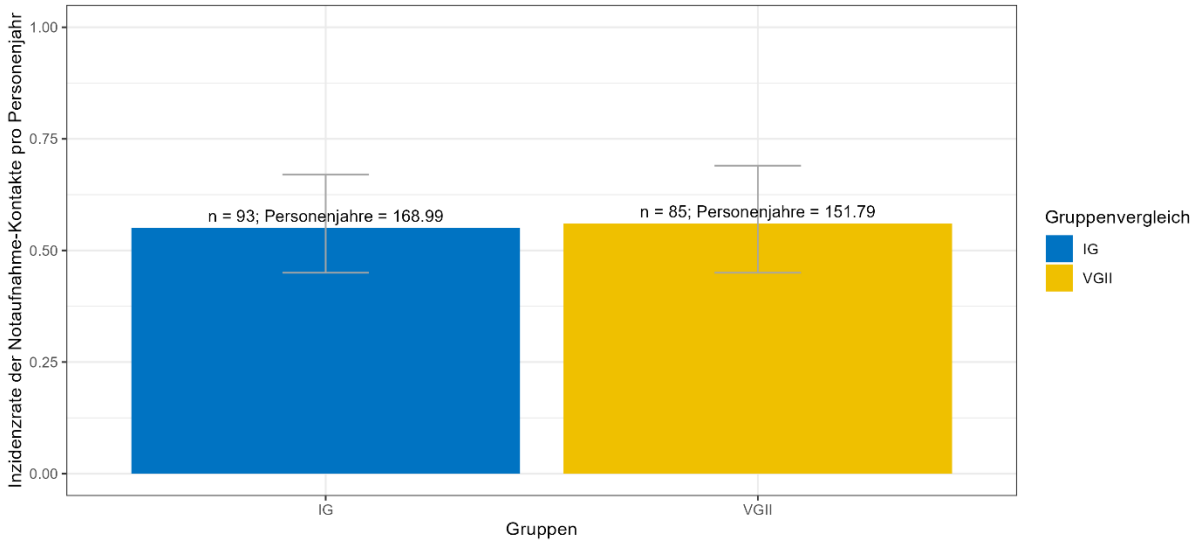


Abbildung 29: Inzidenzrate der Notaufnahme-Kontakte pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Die Regression zeigt ähnliche Ergebnisse. In der Analyse konnten 25 Einrichtungen und 300 Patient*innen berücksichtigt werden. Für Patient*innen der IG zeigte sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Krankenhausaufenthalte vor T0, der Einrichtungsart sowie des Einzugsgebiets der AOK Hessen kein Effekt auf Notaufnahme-Kontakte, sowohl mit als auch ohne Adjustierung für Alter und Geschlecht (siehe Tabelle 26, Modell 1: IRR: 1,13; 95 %-KI: 0,76 bis 1,66, Modell 2: IRR: 1,15; 95 %-KI: 0,76 bis 1,73). Die Ergebnisse der ITT-Analysepopulation sind mit den Ergebnissen der PP1- und PP2-Population vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 16 und 19).

*Tabelle 26: Ergebnisse zu Notaufnahme-Kontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

	Modell 1			**Modell 2**		
Endpunkt: Notaufnahme-Kontakte	Cluster n = 25 Patient*innen n = 300			Cluster n = 25 Patient*innen n = 300		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,50	0,34, 0,74	<0,001	0,41	0,26, 0,65	<0,001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**1,13**	**0,76, 1,66**	**0,5**	**1,15**	**0,76, 1,73**	**0,5**
Notaufnahme-Kontakte vor T0	1,23	0,87, 1,74	0,2	1,25	0,88, 1,77	0,2
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0,94	0,59, 1,48	0,8	0,91	0,56, 1,49	0,7
Niedergelassene Praxis	0,89	0,56, 1,41	0,6	0,83	0,51, 1,35	0,4
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,87	0,47, 1,62	0,7	0,87	0,47, 1,62	0,7

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: Notaufnahme-Kontakte	Modell 1 Cluster n = 25 Patient*innen n = 300			Modell 2 Cluster n = 25 Patient*innen n = 300		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,13			0,17		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1,39	0,98, 1,96	0,063
Alter				0,99	0,98, 1,01	0,4

Über den Zeitraum des Follow-ups wurden 55 Notdienstkontakte von Patient*innen der IG und 100 Notdienstkontakte von Patient*innen der VG II in der ITT-Analysepopulation beobachtet. Insgesamt konnten in den Gruppen ähnlich viele Personenjahre beobachtet werden. Die rohe Inzidenzrate der Notdienstkontakte pro Personenjahr ist in der IG geringer als in der VG II, die Konfidenzintervalle überschneiden sich nicht (siehe Abbildung 30).

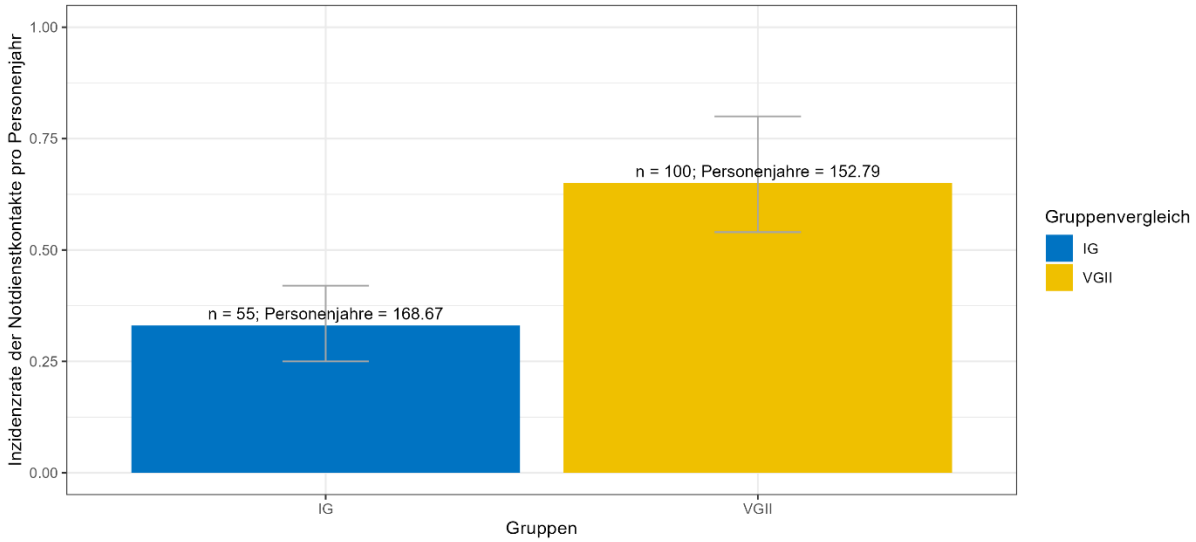


Abbildung 30: Inzidenzrate der Notdienstkontakte pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Die Regressionsanalyse bildet den deskriptiv beschriebenen positiven Trend jedoch nicht ab. In der Analyse konnten 25 Einrichtungen und 300 Patient*innen berücksichtigt werden. Für Patient*innen der IG zeigt sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Krankenhausaufenthalte vor T0 und der Einrichtungsart kein Effekt auf Notdienstkontakte, sowohl mit als auch ohne Adjustierung für Alter und Geschlecht (Tabelle 27, Modell 1: IRR: 0,89; 95 %-KI: 0,59 bis 1,32, Modell 2: IRR: 0,89; 95 %-KI: 0,60 bis 1,33). Im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität wurden das Bundesland als Zufallsinterzept sowie die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die in Tabelle 27 abgebildeten Modelle trotz Modellvereinfachungen jeweils singulär bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Unabhängig davon sind die Ergebnisse der ITT-Analysepopulation mit den Ergebnissen der PP1- und PP2-Population vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 17 und 20).

*Tabelle 27: Ergebnisse zu Notdienstkontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

	Modell 1			Modell 2		
Endpunkt: Notdienstkontakte	Cluster n = 25 Patient*innen n = 300			Cluster n = 25 Patient*innen n = 300		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,46	0,33, 0,65	<0,001	0,48	0,32, 0,71	<0,001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**0,89**	**0,59, 1,32**	**0,6**	**0,89**	**0,60, 1,33**	**0,6**
Notdienstkontakte vor T0	3,13	2,18, 4,51	<0,001	3,06	2,12, 4,41	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0,48	0,30, 0,76	0,002	0,48	0,31, 0,76	0,002
Niedergelassene Praxis	0,57	0,36, 0,88	0,012	0,57	0,36, 0,90	0,016
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0,94	0,65, 1,36	0,7
Alter				1,01	0,99, 1,03	0,3

C-RCT vs. VG I Gruppenvergleich

Über den Zeitraum des Follow-ups wurden 201 Krankenhausaufenthalte von Patient*innen der C-RCT und 131 Krankenhausaufenthalte von Patient*innen der VG I in der ITT-Analysepopulation beobachtet. In der C-RCT-Gruppe wurden sowohl eine höhere Anzahl inzidenter Fälle als auch eine höhere Anzahl an Personenjahren beobachtet. Die rohe Inzidenzrate der Krankenhausaufenthalte pro Personenjahr ist in der C-RCT höher als in der VG I, wobei sich die Konfidenzintervalle überschneiden (siehe Abbildung 31).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

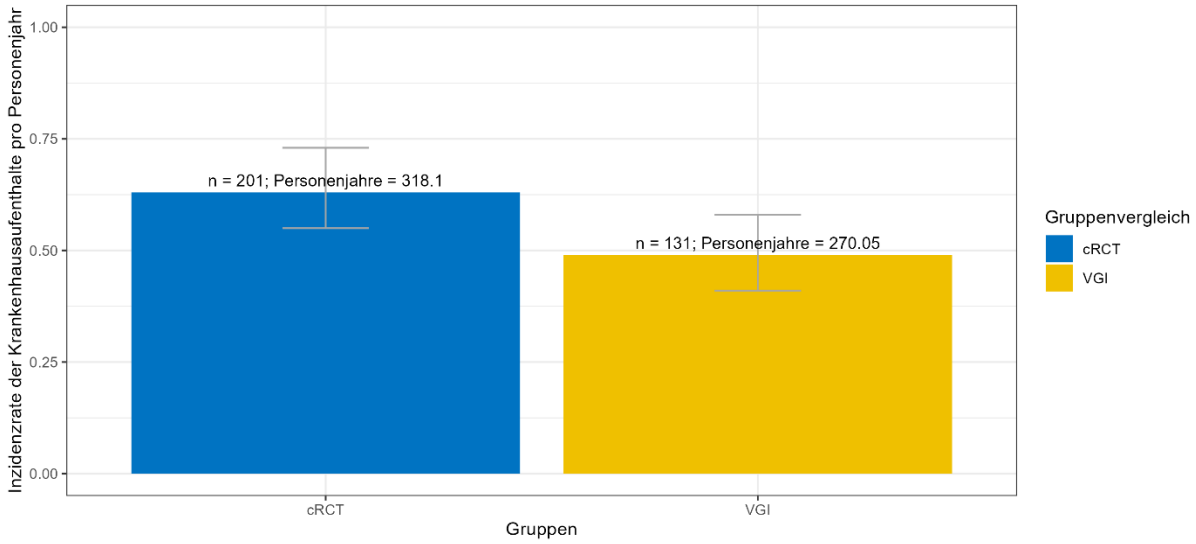


Abbildung 31: Inzidenzrate der ungeplanten Krankenhausaufenthalte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG I und C-RCT

Die Regression bildet diesen negativen Trend ebenfalls ab. In der Analyse konnten 29 Einrichtungen und 557 Patient*innen berücksichtigt werden. Für Patient*innen der C-RCT zeigt sich nach Berücksichtigung des Bundeslandes und der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Krankenhausaufenthalte vor T0, der Einrichtungsart sowie des Einzugsgebiets der AOK Hessen ein negativer Effekt auf Krankenhausaufenthalte, sowohl mit als auch ohne Adjustierung für Alter und Geschlecht (Tabelle 28, Modell 1: IRR: 1,27; 95 %-KI: 1,01-1,61, Modell 2: IRR: 1,27; 95 %-KI: 1,01-1,61). Die Ergebnisse dieser Population sind mit den Ergebnissen unter Berücksichtigung der PP1- und PP2-Definition in der C-RCT Gruppe vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 21 und 24).

*Tabelle 28: Ergebnisse zu ungeplanten Krankenhausaufenthalten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

	Modell 1			**Modell 2**		
Endpunkt: ungeplante Krankenhausaufenthalte	Cluster n = 29 Patient*innen n = 557			Cluster n = 29 Patient*innen n = 557		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,36	0,21, 0,62	<0,001	0,39	0,23, 0,67	<0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**1,27**	**1,01, 1,61**	**0,042**	**1,27**	**1,01, 1,61**	**0,044**
Krankenhausaufenthalte vor T0	1,56	1,24, 1,96	<0,001	1,57	1,25, 1,97	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0,94	0,56, 1,58	0,8	0,96	0,57, 1,60	0,9
Niedergelassene Praxis	1,15	0,77, 1,70	0,5	1,17	0,79, 1,73	0,4

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Modell 1			Modell 2		
Endpunkt: ungeplante Krankenhausaufenthalte	Cluster n = 29 Patient*innen n = 557			Cluster n = 29 Patient*innen n = 557		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,66	0,40, 1,09	0,10	0,66	0,40, 1,09	0,10
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)	0,15			0,15		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)	0,42			0,40		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0,85	0,68, 1,07	0,2
Alter				1,00	0,99, 1,01	0,7

Die Inzidenzrate der Notaufnahme-Kontakte ist zwischen Patient*innen der C-RCT und VG I der ITT-Analysepopulation vergleichbar, die Konfidenzintervalle überschneiden sich jeweils (siehe Abbildung 32). Insgesamt wurden in der C-RCT eine höhere Anzahl inzidenter Fälle (C-RCT: n = 178, VG II n = 130) und mehr Personenjahre (C-RCT: n = 320,78, VG I n = 272,29) beobachtet.

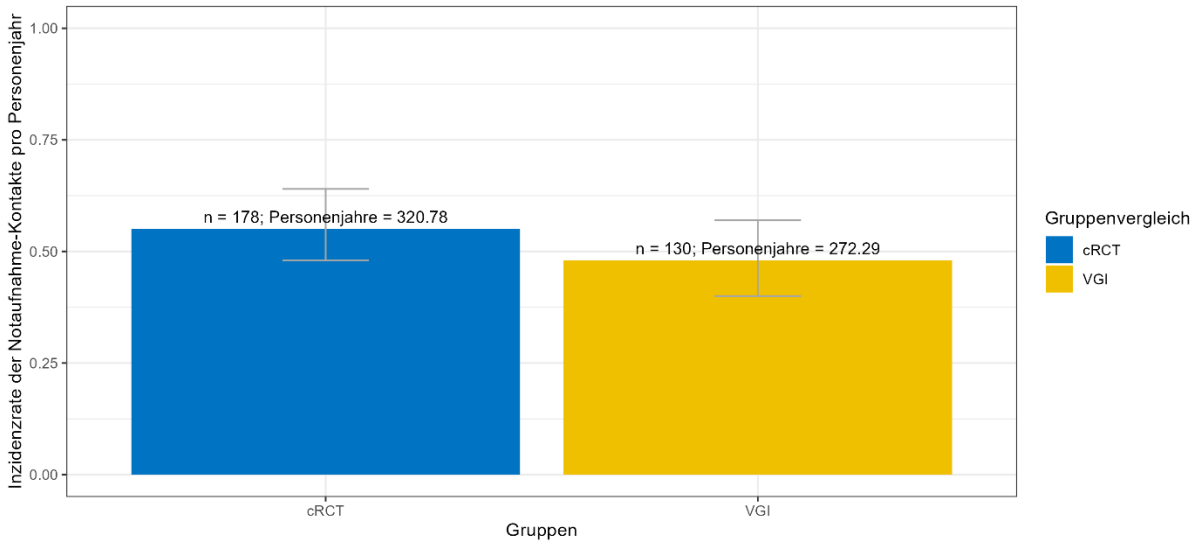


Abbildung 32: Inzidenzrate der Notaufnahme-Kontakte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG I und C-RCT

Die Regression zeigt ähnliche Ergebnisse. In der Analyse konnten 29 Einrichtungen und 562 Patient*innen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, den Notaufnahme-Kontakte vor T0, der Einrichtungsart und des Einzugsgebiets der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 29, Modell 1: IRR: 1,03, 95%-KI: 0,81-1,32). Für Patient*innen der C-RCT bildet sich damit kein Effekt auf Notaufnahme-Kontakte ab (siehe Tabelle 29, Modell 1). Die Adjustierung für Alter und Geschlecht hat keinen Einfluss auf die Ergebnisse (siehe Tabelle 29, Modell 2). Die Ergebnisse dieser Population sind mit den Ergebnissen unter

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Berücksichtigung der PP1- und PP2-Definition in der C-RCT Gruppe vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 22 und 25).

*Tabelle 29: Ergebnisse zu Notaufnahme-Kontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

	Modell 1			**Modell 2**		
Endpunkt: Notaufnahme-Kontakte	Cluster n = 29 Patient*innen n = 562			Cluster n = 29 Patient*innen n = 562		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,41	0,28, 0,59	<0,001	0,35	0,23, 0,52	<0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**1,03**	**0,81, 1,32**	**0,8**	**1,03**	**0,81, 1,31**	**0,8**
Notaufnahme-Kontakte vor T0	1,73	1,35, 2,22	<0,001	1,74	1,35, 2,23	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	1,00	0,65, 1,54	>0,9	1,00	0,64, 1,56	>0,9
Niedergelassene Praxis	1,06	0,69, 1,62	0,8	1,05	0,68, 1,62	0,8
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,85	0,53, 1,37	0,5			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung	0,25			0,27		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1,26	0,98, 1,62	0,066
Alter				1,00	0,99, 1,01	>0,9

Über den Zeitraum des Follow-ups wurden 155 Notdienstkontakte von Patient*innen der C-RCT und 97,5 Notdienstkontakte von Patient*innen der VG I in der ITT-Analysepopulation beobachtet. Insgesamt konnten in der C-RCT Gruppe mehr Personenjahre beobachtet werden (321,46 Personenjahre) als in der VG I (272,4 Personenjahre). Die rohe Inzidenzrate der Notdienstkontakte pro Personenjahr ist in der C-RCT leicht höher als in der VG I, die Konfidenzintervalle überschneiden sich nicht (siehe Abbildung 33).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

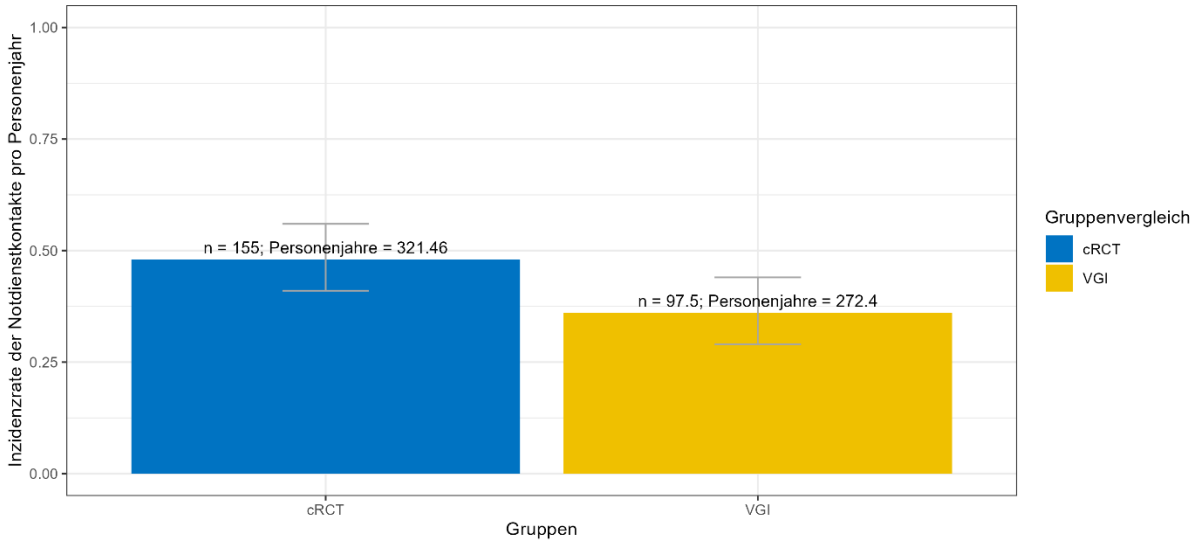


Abbildung 33: Inzidenzrate der Notdienstkontakte (selbstberichtet) pro Personenjahr und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG I und C-RCT

Die Regressionsanalyse bildet den deskriptiv beschriebenen negativen Trend jedoch nicht ab. In der Analyse konnten 29 Einrichtungen und 564 Patient*innen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Notdienstkontakte vor T0, der Einrichtungsart und des Einzugsgebiets der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 30, Modell 1: IRR: 0,99, 95%-KI: 0,74-1,32). Für Patient*innen der C-RCT zeigt sich kein Effekt auf Notdienstkontakte, sowohl mit als auch ohne Adjustierung für Alter und Geschlecht (siehe Tabelle 30). Unabhängig davon sind die Ergebnisse dieser Population mit den Ergebnissen unter Berücksichtigung der PP1- und PP2-Definition in der C-RCT Gruppe vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 23 und 26).

*Tabelle 30: Ergebnisse zu Notdienstkontakten der Patient*innen (selbstberichtet) über den gesamten Follow-up-Zeitraum in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

	Modell 1			**Modell 2**		
Endpunkt: Notdienstkontakte	Cluster n = 29 Patient*innen n = 564			Cluster n = 29 Patient*innen n = 564		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,43	0,25, 0,73	0,002	0,41	0,24, 0,71	0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**0,99**	**0,74, 1,32**	**>0,9**	**1,01**	**0,76, 1,35**	**>0,9**
Notdienstkontakte vor T0	2,53	1,89, 3,39	<0,001	2,49	1,85, 3,34	<0,001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0,51	0,27, 0,97	0,041	0,52	0,28, 0,97	0,040
Niedergelassene Praxis	0,80	0,48, 1,34	0,4	0,80	0,49, 1,33	0,4

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: Notdienstkontakte	Modell 1 Cluster n = 29 Patient*innen n = 564			Modell 2 Cluster n = 29 Patient*innen n = 564		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Einzugsgebiet der AOK Hessen	1,24	0,76, 2,02	0,4	1,24	0,76, 2,02	0,4
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)	0,32			0,29		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)	0,24			0,25		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1,03	0,78, 1,36	0,8
Alter				1,02	1,00, 1,03	0,031

3.1.2.4.4 Lebensqualität (EQ-5D-5L)

IG vs VG II Gruppenvergleich

Abbildung 34 und Abbildung 35 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für Patient*innen der ITT-Analysepopulation über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zur Lebensqualität berücksichtigt werden konnten. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird über das Instrument EQ-5D-5L in prognostizierten Nutzenwerten dargestellt. Die Werte dieser Population liegen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei ca. 0,75 und am 75. Perzentil bei ca. 0,90. Die Medianwerte der Nutzenwerte befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen um 0,80, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 34).

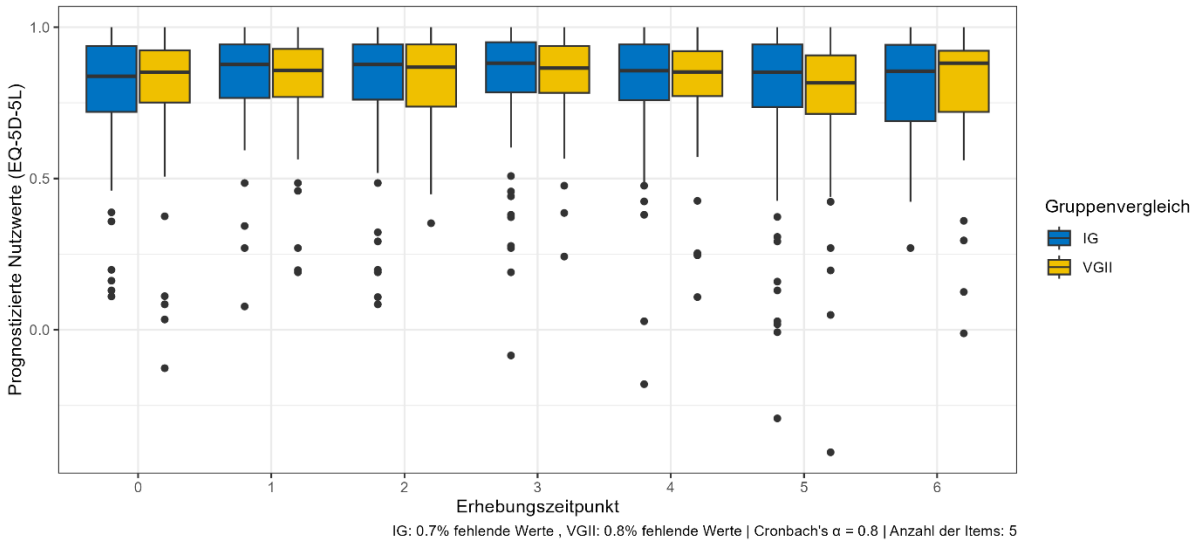


*Abbildung 34: Verteilung der prognostizierten Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für insgesamt 81 Patient*innen der IG und 67 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die mittlere Nutzenwerte sind zwischen der IG und der VG II über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Die Nutzenwerte sind über die Zeitpunkte T0 bis T6 gleichbleibend ca. bei 0,75 (siehe Abbildung 35). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in beiden Gruppen unter 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,8 als gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 27 ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte mit einem vergleichbaren Muster abgebildet.

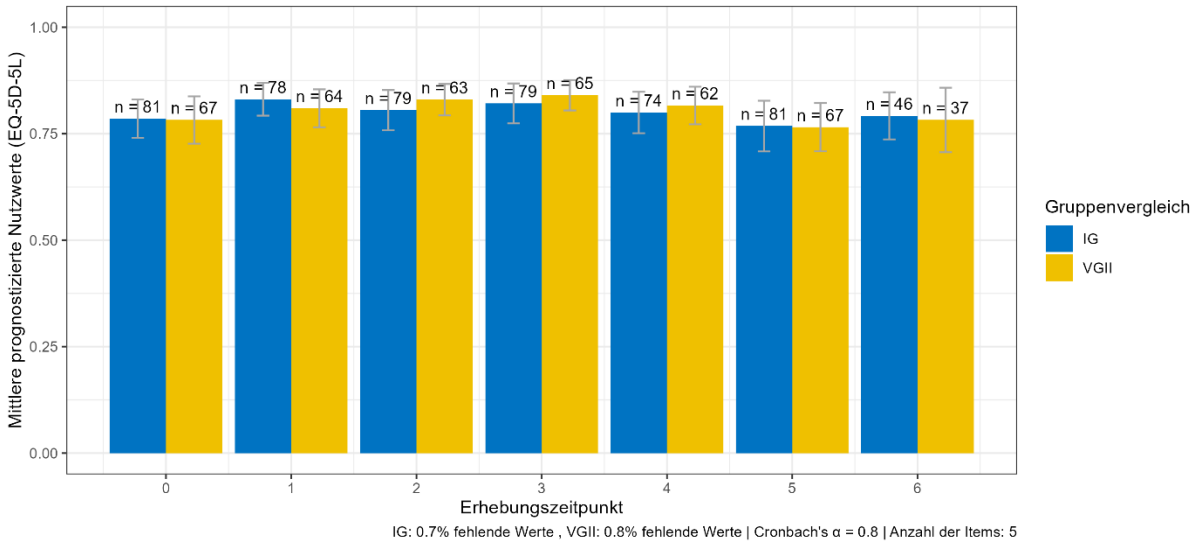


*Abbildung 35: Mittlere prognostizierte Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) (Range: -0,6 - 1,0) und 95%-Konfidenzintervalle nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II*

In der linearen Regression konnten 93 Patient*innen mit einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum Zeitpunkt T6 in 18 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 31, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 187 Patient*innen und 24 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 31, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Lebensqualität zu T0, der Einrichtungsart und des Einzugsgebiets der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 31, Modell 1: β: 0,00, 95%-KI: -0,3-0,13). Die Lebensqualität zu T6 ist damit zwischen VG II und IG nicht signifikant unterschiedlich. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 31, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 31, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: -0,04, 95%KI: -0,11-0,04 und Modell 3: β: -0,04, 95%KI: -0,11-0,04). Alter und Geschlecht zeigen keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Der Zufallseffekt der onkologischen Einrichtungen (Interzept) liegt in Modell 1 bei 0,05, was bedeutet, dass sich die Einrichtungen in ihrem Basisniveau gering unterscheiden. Der Residualfehler liegt in Modell 1 bei 0,22, was bedeutet, dass die meiste Varianz auf der Patientenebene liegt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zu beachten ist, dass im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität das Bundesland als Zufallseffekt entfernt wurde. Die Effektschätzer waren über die Modellprüfung hinweg stabil und Gütekriterien konnten optimiert werden. Zudem wurde in den Modellen 2 und 3 die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die Modelle 2 und 3, trotz Modellvereinfachungen jeweils singulär bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin.

Die Ergebnisse der ITT-Analysepopulation sind mit den Ergebnissen der PP1- und PP2-Population vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 28 und 29).

*Tabelle 31: Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patient*innen (EQ-5D-5L) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

Endpunkt: gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**Modell 1** **T6** Cluster n = 18 Patient*innen n = 93			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 24 Patient*innen n = 187			**Modell 3** **LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 24 Patient*innen n = 187		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,83	0,65, 1,0	<0,001	0,82	0,74, 0,90	<0,001	0,81	0,58, 1,0	<0,001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**0,00**	**-0,13, 0,13**	**>0,9**	**-0,04**	**-0,11, 0,04**	**0,3**	**-0,04**	**-0,11, 0,04**	**0,4**
Gesundheitsbezogene Lebensqualität zu T0	0,00	0,00, 0,00	0,068	0,00	0,00, 0,00	<0,001	0,00	0,00, 0,00	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	0,02	-0,17, 0,20	0,8	0,07	-0,02, 0,16	0,10	0,07	-0,02, 0,16	0,11
Niedergelassene Praxis	0,00	-0,19, 0,18	>0,9	0,04	-0,05, 0,13	0,4	0,04	-0,05, 0,13	0,4
Einzugsgebiet der AOK Hessen	-0,07	-0,24, 0,10	0,4						
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,05			0,00			0,00		
Residualfehler	0,22			0,23			0,24		

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	Modell 1 T6 Cluster n = 18 Patient*innen n = 93			Modell 2 LOCF zu T6 Cluster n = 24 Patient*innen n = 187			Modell 3 LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht Cluster n = 24 Patient*innen n = 187		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0,01	-0,08, 0,06	0,9
Alter							0,00	0,00, 0,00	>0,9

C-RCT vs. VG I Gruppenvergleich

Abbildung 36 und Abbildung 37 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der prognostizieren Nutzenwerte (gesundheitsbezogene Lebensqualität) für Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zur Lebensqualität berücksichtigt werden konnten. Die Nutzenwerte dieser Population liegen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei ca. 0,75 und am 75. Perzentil bei ca. 0,90. Die Medianwerte der Nutzenwerte befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen um 0,80, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 36).

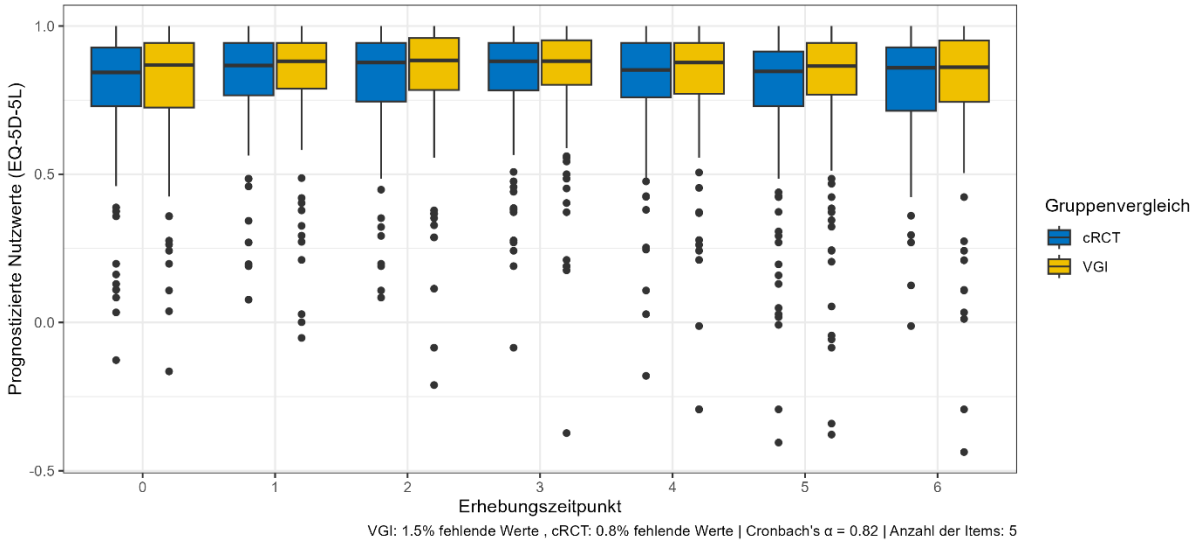


*Abbildung 36: Verteilung der prognostizierten Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Für insgesamt 148 Patient*innen der C-RCT und 123 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die mittleren Nutzenwerte sind zwischen der C-RCT und der VG I über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Die Nutzenwerte sind über die Zeitpunkte T0 bis T6 gleichbleibend ca. bei 0,75 (siehe Abbildung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

37). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in beiden Gruppen unter 2%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,82 als gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 30 ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität über alle Patient*innen der C-RCT und VG I und Zeitpunkte mit einem vergleichbaren Muster abgebildet.

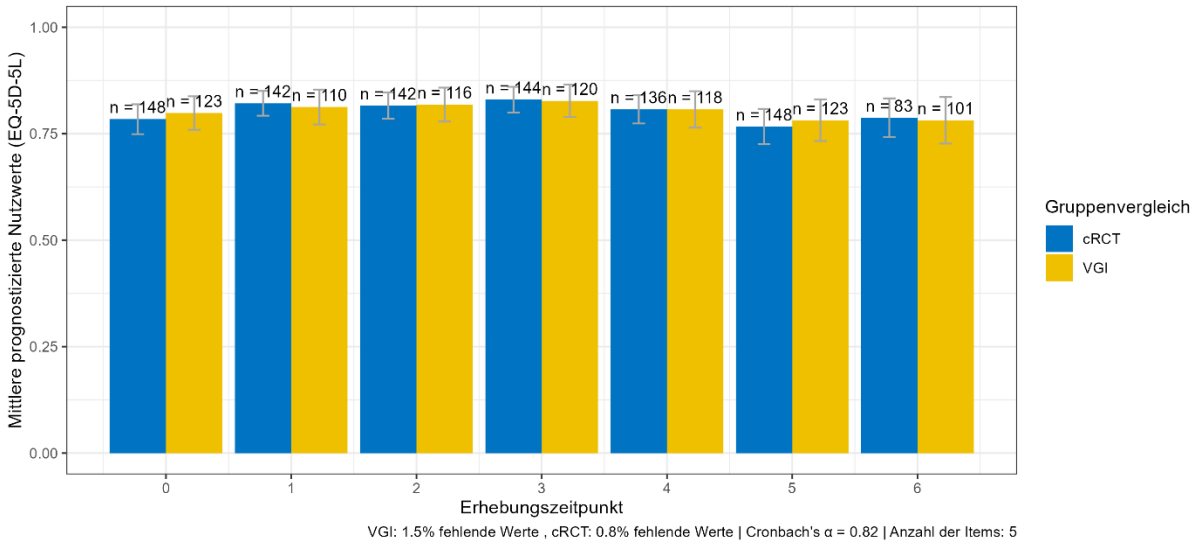


*Abbildung 37: Mittlere prognostizierte Nutzwerte der gesundheitsspezifischen Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D-5L) (Range: -0,6 - 1,0) und 95%-Konfidenzintervalle nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

In der linearen Regression konnten 203 Patient*innen mit einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum Zeitpunkt T6 in 23 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 32, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 323 Patient*innen und 26 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 32, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung des Bundeslandes, der Versorgungseinrichtungen innerhalb des Bundeslandes als Clustereffekt, der Lebensqualität zu T0, der Einrichtungsart und des Einzugsgebiets der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 32, Modell 1: β: 0,03, 95%-KI: -0,05-0,10). Die Lebensqualität zu T6 ist damit zwischen C-RCT und VG I nicht signifikant unterschiedlich. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 32, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 32, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: 0,02, 95%KI: -0,04-0,08 und Modell 3: β: 0,02, 95%KI: -0,04-0,08). Alter und Geschlecht zeigen keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Ergebnisse dieser Population sind mit den Ergebnissen unter Berücksichtigung der PP1- und PP2-Definition in der C-RCT Gruppe vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 31 und 32).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 32: Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patient*innen (EQ-5D-5L) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Endpunkt: gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**Modell 1** **T6** Cluster n = 23 Patient*innen n = 203			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 26 Patient*innen n = 323			**Modell 3** **LOCF zu T6** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 26 Patient*innen n = 323		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,88	0,78, 0,99	<0,001	0,83	0,74, 0,92	<0,001	0,87	0,67, 1,1	<0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	0,03	-0,05, 0,10	0,5	0,02	-0,04, 0,08	0,5	0,02	-0,04, 0,08	0,5
Gesundheitsbezogene Lebensqualität zu T0	0,00	-0,01, 0,00	<0,001	0,00	0,00, 0,00	<0,001	0,00	0,00, 0,00	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,06	-0,18, 0,07	0,3	0,01	-0,09, 0,10	0,9	0,01	-0,09, 0,11	0,9
Niedergelassene Praxis	-0,05	-0,17, 0,08	0,4	0,00	-0,08, 0,09	>0,9	0,01	-0,08, 0,09	0,9
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,00	-0,14, 0,14	>0,9	-0,01	-0,11, 0,10	>0,9	-0,01	-0,11, 0,10	>0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,04								
Residualfehler	0,25			0,25			0,25		
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)				0,03			0,02		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)				0,03			0,03		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0,01	-0,07, 0,05	0,7

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Endpunkt: gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	Modell 1 T6 Cluster n = 23 Patient*innen n = 203			Modell 2 LOCF zu T6 Cluster n = 26 Patient*innen n = 323			Modell 3 LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht Cluster n = 26 Patient*innen n = 323		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Alter							0,00	0,00, 0,00	0,6

3.1.2.4.5 Koordination der Versorgung (CCI)

IG vs. VG II Gruppenvergleich

Abbildung 38 und Abbildung 39 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Gesamtscores für die von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Koordination der Versorgung über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zur Koordination der Versorgung berücksichtigt werden konnten. Die Gesamtscores dieser Population liegen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei ca. 45 und am 75. Perzentil bei ca. 65. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen bei ca. 55, d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 38).

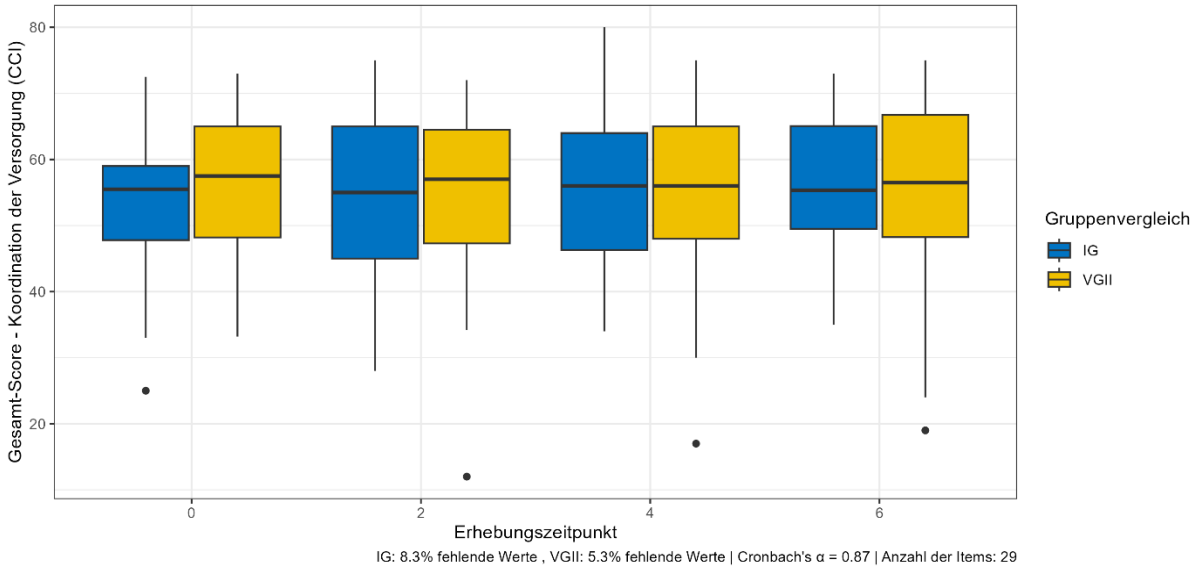


*Abbildung 38: Verteilung der Gesamtscores zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG I*

Für insgesamt 48 Patient*innen der IG und 38 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die mittleren Gesamtscores sind zwischen der IG und der VG II über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Der Gesamtscore

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ist über die Zeitpunkte T0 bis T6 gleichbleibend und liegt bei ca. 55 (siehe Abbildung 39). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen über 5% (IG: 8,3, VG II: 5,3). Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,87 als gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 33 sind Gesamtscores und Subskalen-Scores über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Sowohl die Entwicklung der Subskalen-Scores als auch die Gruppenunterschiede über die Zeitpunkte T0 bis T6 zeigen ein ähnliches Muster wie die Gesamtscores.

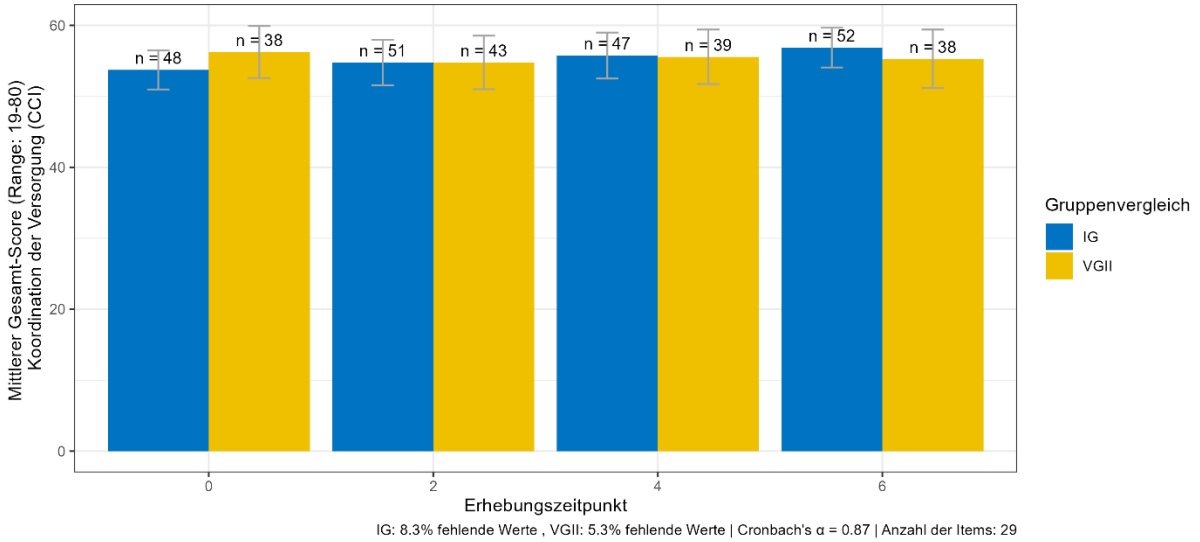


*Abbildung 39: Mittlerer Gesamtscore zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II*

In der linearen Regression konnten 98 Patient*innen mit einer Bewertung der Koordination der Versorgung zum Zeitpunkt T6 in 19 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 33, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 106 Patient*innen und 19 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 33, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Koordination der Versorgung zu T0 und der Einrichtungsart kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 33, Modell 1: β: 0,16, 95%-KI: -7,3-7,6). Die Koordination der Versorgung zu T6 ist damit zwischen VG II und IG nicht signifikant unterschiedlich. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 33, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 33, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: 1,3, 95%KI: -5,8-8,3 und Modell 3: β: 1,2, 95%KI: -6,0-8,3). Alter und Geschlecht zeigen keinen bedeutenden Einfluss auf die Koordination der Versorgung.

Im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität wurden das Bundesland als Zufallsinterzept sowie die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die in Tabelle 33 abgebildeten Modelle trotz Modellvereinfachungen jeweils singulär bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin. Unabhängig davon sind die Ergebnisse der ITT-Analysepopulation mit den Ergebnissen der PP1- und PP2-Population vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 34 und 35).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 33: Ergebnisse zur Koordination der Versorgung von Patient*innen (CCI) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

	Modell 1			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6**		
Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	Cluster n = 19 Patient*innen n = 98			Cluster n = 19 Patient*innen n = 106			**kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 19 Patient*innen n = 106		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	45	37, 53	<0,001	47	40, 55	<0,001	47	23, 72	<0,001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	0,16	-7,3, 7,6	>0,9	1,3	-5,8, 8,3	0,7	1,2	-6,0, 8,3	0,7
Gesamtscore zu T0	-0,08	-0,24, 0,08	0,3	-0,11	-0,26, 0,04	0,2	-0,12	-0,27, 0,04	0,14
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	11	1,7, 19	0,020	8,3	0,07, 16	0,048	8,3	0,04, 17	0,049
Niedergelassene Praxis	12	2,9, 21	0,011	10	1,5, 19	0,022	9,7	0,94, 18	0,030
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	17			17			17		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							1,9	-5,3, 9,0	0,6
Alter							-0,01	-0,34, 0,32	>0,9

C-RCT vs. VG I Gruppenvergleich

Abbildung 40 und Abbildung 41 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Gesamtscores für die von Patient*innen der C-RCT und VG I bewertete Koordination der Versorgung über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zur Koordination der Versorgung berücksichtigt werden konnten. Die Gesamtscores dieser Population liegen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil zwischen 45 und 50 und am 75. Perzentil zwischen 60 und 65. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Erhebungszeitpunkten und Gruppen bei ca. 55, d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 40).

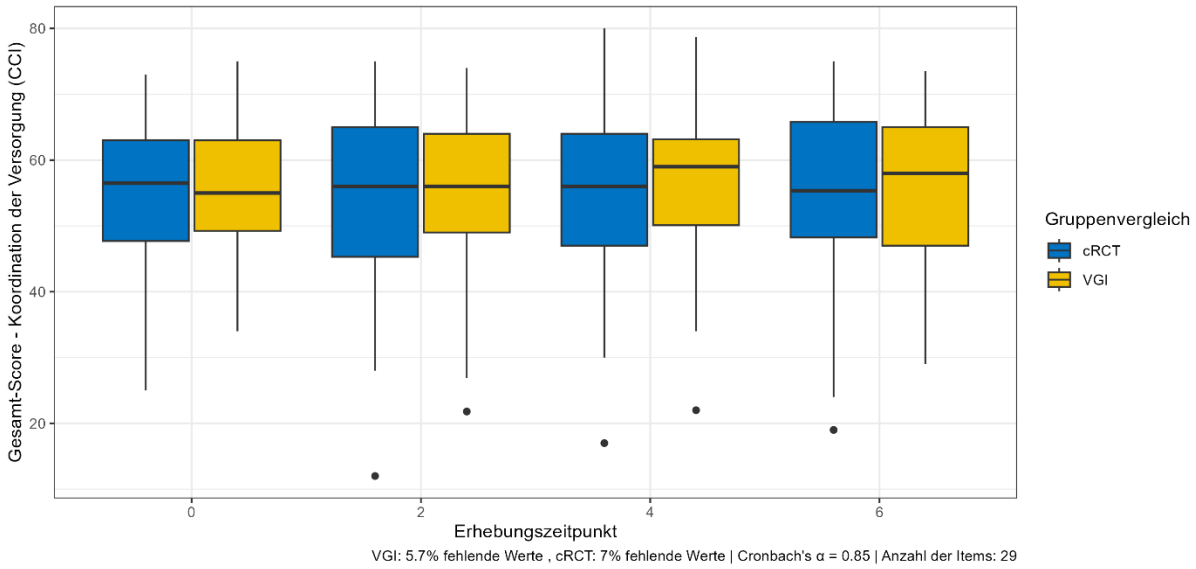


*Abbildung 40: Verteilung der Gesamtscores zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Für insgesamt 86 Patient*innen der IG und 110 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die mittleren Gesamtscores sind zwischen der C-RCT und der VG I über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Der Gesamtscore ist über die Zeitpunkte T0 bis T6 gleichbleibend und liegt bei ca. 55 (siehe Abbildung 41). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beide Gruppen über 5% (C-RCT: 7, VG I: 5,7). Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,85 als gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 36 sind Gesamtscores und Subskalen-Scores über alle Patient*innen der Gruppen VG I und C-RCT und Zeitpunkte abgebildet. Sowohl die Entwicklung der Subskalen-Scores als auch die Gruppenunterschiede über die Zeitpunkte T0 bis T6 zeigen ein ähnliches Muster wie die Gesamtscores.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

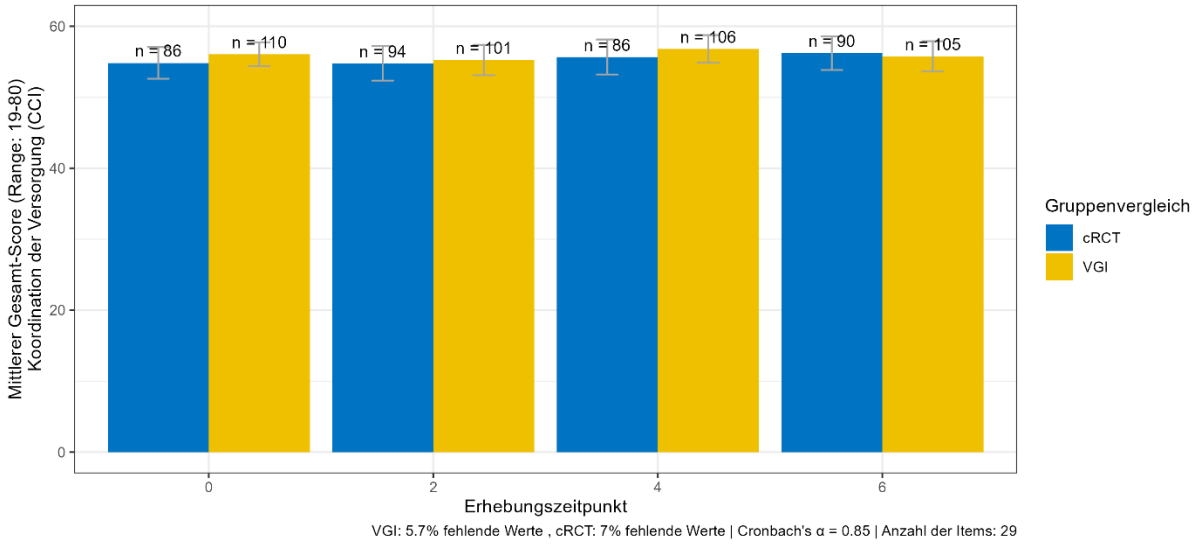


*Abbildung 41: Mittlerer Gesamtscore zur Koordination der Versorgung der Patient*innen (CCI) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

In der Regressionsanalyse konnten 216 Patient*innen mit einer Bewertung der Koordination der Versorgung zum Zeitpunkt T6 in 23 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 34, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 241 Patient*innen und 25 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 34, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Koordination der Versorgung zu T0 und der Einrichtungsart kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 34, Modell 1: β: -0,04, 95%-KI: -4,6-4,5). Die Koordination der Versorgung zu T6 ist damit zwischen VG I und C-RCT nicht signifikant unterschiedlich. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 34, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 34, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: 0,77, 95%KI: -3,4-5,0 und Modell 3: β: 0,60, 95%KI: -3,6-4,8). Alter und Geschlecht zeigen keinen bedeutenden Einfluss auf die Koordination der Versorgung.

Im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität wurden das Bundesland als Zufallsinterzept sowie die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die in Tabelle 34 abgebildeten Modelle trotz Modellvereinfachungen jeweils singulär bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin. Unabhängig davon sind die Ergebnisse dieser Population mit den Ergebnissen unter Berücksichtigung der PP1- und PP2-Definition in der C-RCT Gruppe vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 37 und 38).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 34: Ergebnisse zur Koordination der Versorgung von Patient*innen (CCI) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

	Modell 1			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6**		
Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	Cluster n = 23 Patient*innen n = 216			Cluster n = 25 Patient*innen n = 241			**kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 25 Patient*innen n = 241		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	51	45, 56	<0,001	50	45, 55	<0,001	59	44, 74	<0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-0,04	-4,6, 4,5	>0,9	0,77	-3,4, 5,0	0,7	0,60	-3,6, 4,8	0,8
Gesamtscore zu T0	-0,14	-0,24, -0,04	0,008	-0,14	-0,23, -0,05	0,004	-0,13	-0,22, -0,04	0,006
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	5,6	-0,18, 11	0,057	5,3	0,04, 11	0,048	5,3	-0,06, 11	0,053
Niedergelassene Praxis	7,0	1,5, 13	0,014	7,1	2,0, 12	0,006	7,1	2,0, 12	0,006
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	16			16			16		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-2,5	-6,8, 1,7	0,2
Alter							-0,12	-0,32, 0,08	0,3

3.1.2.4.6 Patienten-Empowerment (PEN-13)

IG vs. VG II Gruppenvergleich

Abbildung 42 und Abbildung 43 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Patientenbefähigung über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zur Koordination der Versorgung berücksichtigt werden konnten. Die Gesamtscores dieser Population liegen über alle

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil zwischen 15 und 25 und am 75. Perzentil zwischen ca. 30 und 36. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 20 und 30, d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. Während der Median der IG in den Zeitpunkten T0 bis T4 tendenziell etwas höher lag als in der VG II, können zu T6 keine Unterschiede festgestellt werden (siehe Abbildung 42).

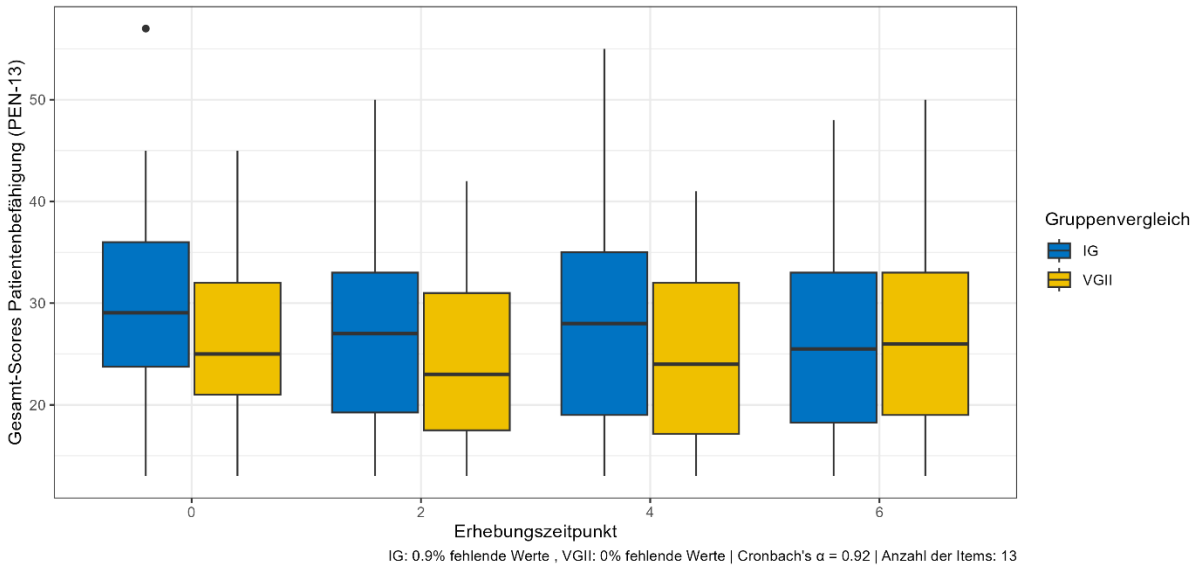


Abbildung 42: Verteilung der Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 56 Patient*innen der IG und 41 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Sowohl Median als auch Mittelwert der IG liegen in den Zeitpunkten T0 bis T4 über den Werten der VG II. Zum Zeitpunkt T6 kehrt sich dieses Muster jedoch um: Der Mittelwert der IG liegt unterhalb desjenigen der VG II. Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle, bedeutende Gruppenunterschiede bilden sich nicht ab. Die Daten deuten darauf hin, dass der mittlere Gesamtscore der IG über die Beobachtungszeit abnimmt, während der Score der VG II weitgehend stabil bleibt (siehe Abbildung 43). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in beiden Gruppen unter 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,92 als sehr hoch eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 39 sind Gesamtscores über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

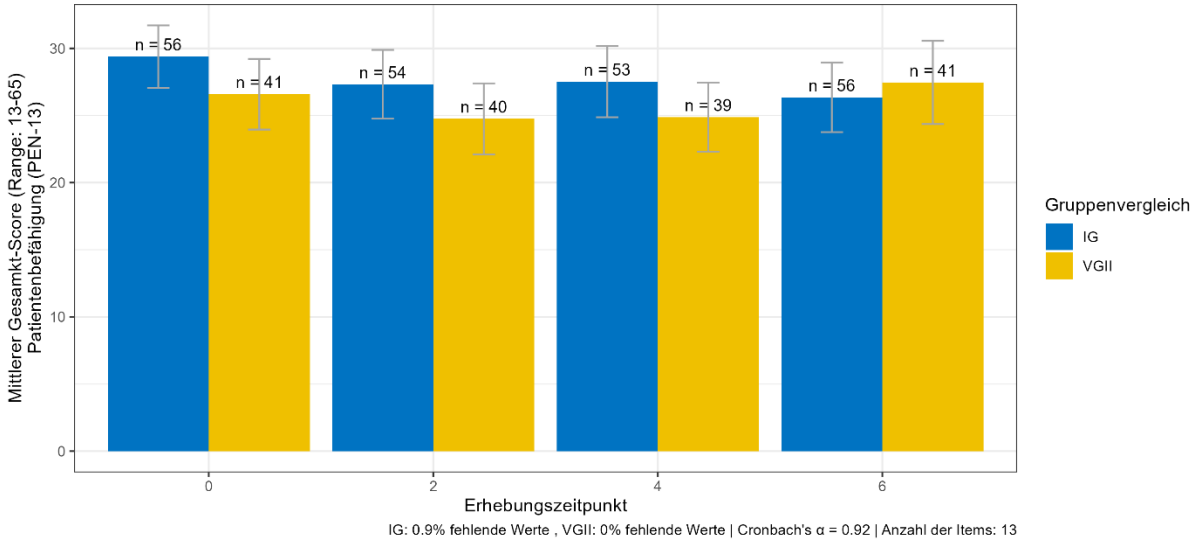


Abbildung 43: Mittlere Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen VG II und IG

In der linearen Regression konnten 97 Patient*innen mit einer Bewertung der Koordination der Versorgung zum Zeitpunkt T6 in 18 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 35, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 165 Patient*innen und 23 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 35, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Koordination der Versorgung zu T0, der Einrichtungsart und dem Einzugsgebiet der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 35, Modell 1: β: -2,4, 95%-KI: -7,2-2,4). Die Befähigung der Patient*innen unterscheidet sich zu T6 zwischen VG II und IG nicht signifikant, zeigt jedoch eine negative Tendenz. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 35, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 35, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: -0,84, 95%KI: -3,7-2,0 und Modell 3: β: -0,83, 95%KI: -3,7-2,0). Alter und Geschlecht zeigen keinen bedeutenden Einfluss auf die Koordination der Versorgung.

Im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität wurden in allen Modellen das Bundesland als Zufallsinterzept sowie in Modell 2 und 3 die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die Modelle 2 und 3, trotz Modellvereinfachungen jeweils singulär bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin. Unabhängig davon sind die Ergebnisse dieser Population mit den Ergebnissen der PP1 und PP2 vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 40 und 41).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 35: Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II

	Modell 1			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6**		
Endpunkt: Patienten-Empowerment (PEN-13)							**kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
	Cluster n = 18			Cluster n = 23			Cluster n = 23		
	Patient*innen n = 97			Patient*innen n = 165			Patient*innen n = 165		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	13	5,1, 20	0,003	8,7	3,6, 14	<0,001	13	3,3, 23	0,009
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**-2,4**	**-7,2, 2,4**	**0,3**	**-0,84**	**-3,7, 2,0**	**0,6**	**-0,83**	**-3,7, 2,0**	**0,6**
Gesamtscore zu T0	0,57	0,37, 0,77	<0,001	0,68	0,53, 0,83	<0,001	0,68	0,53, 0,83	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-1,8	-9,1, 5,4	0,5	-0,81	-4,1, 2,5	0,6	-0,66	-4,0, 2,7	0,7
Niedergelassene Praxis	-0,07	-7,5, 7,4	>0,9	0,45	-2,9, 3,8	0,8	0,73	-2,7, 4,2	0,7
Einzugsgebiet der AOK Hessen	3,4	-3,3, 10	0,3						
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,67			0,00			0,00		
Residualfehler	8,6			8,3			8,3		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-1,3	-4,1, 1,4	0,3
Alter							-0,06	-0,18, 0,07	0,4

Sowohl Patient*innen der IG als auch der VG II gaben an, sich in der Lage zu fühlen, mit dem Gesundheitspersonal über ihre Sorgen und Befürchtungen zu sprechen, auch ohne direkte Ansprache durch das Personal. Die mittlere Zustimmung nahm über die vier Erhebungszeitpunkte hinweg in beiden Gruppen tendenziell zu, sodass zunehmend mehr

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient*innen diese Aussage als voll zutreffend empfanden. Zwischen den Gruppen bilden sich keine bedeutenden Unterschiede ab (siehe Abbildung 44).

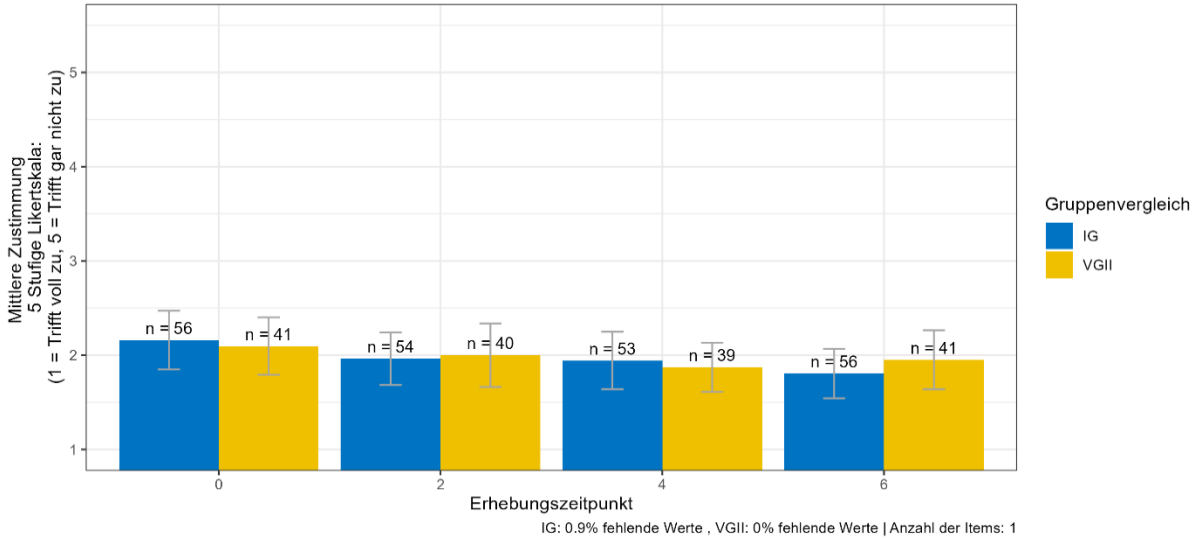


*Abbildung 44: Mittelwerte zur Mitteilung von Sorgen und Befürchtungen von Patient*innen an Gesundheitspersonal nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II*

Sowohl Patient*innen der IG als auch der VG II gaben an, dass es ihnen leichtfällt, dem Gesundheitspersonal ihre Fragen und Wünsche mitzuteilen. Die mittlere Zustimmung nahm über die vier Erhebungszeitpunkte hinweg in der IG tendenziell zu, sodass zunehmend mehr Patient*innen diese Aussage als voll zutreffend empfanden. Allerdings bilden sich zwischen den Gruppen keine bedeutenden Unterschiede ab (siehe Abbildung 45).

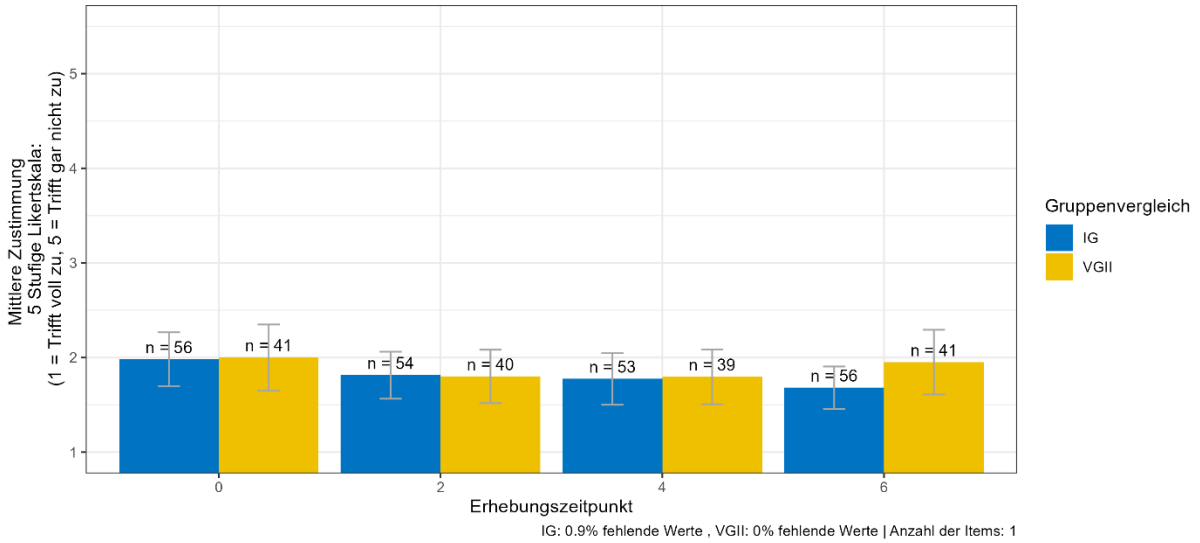


*Abbildung 45: Mittelwerte zur Mitteilung von Fragen und Wünschen von Patient*innen an Gesundheitspersonal nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II*

C-RCT vs. VG I Gruppenvergleich

Abbildung 46 und Abbildung 47 stellen die Verteilung bzw. die mittleren Gesamtscores der von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewerteten Patientenbefähigung über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG I und C-RCT ein, die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zur Koordination der Versorgung berücksichtigt werden konnten. Die Gesamtscores dieser Population liegen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil zwischen 15 und 25 und am 75. Perzentil zwischen ca. 30 und 35. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 25 und 30, d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. In den Gruppen ist der Median über alle Erhebungszeitpunkte hinweg vergleichbar (siehe Abbildung 46).

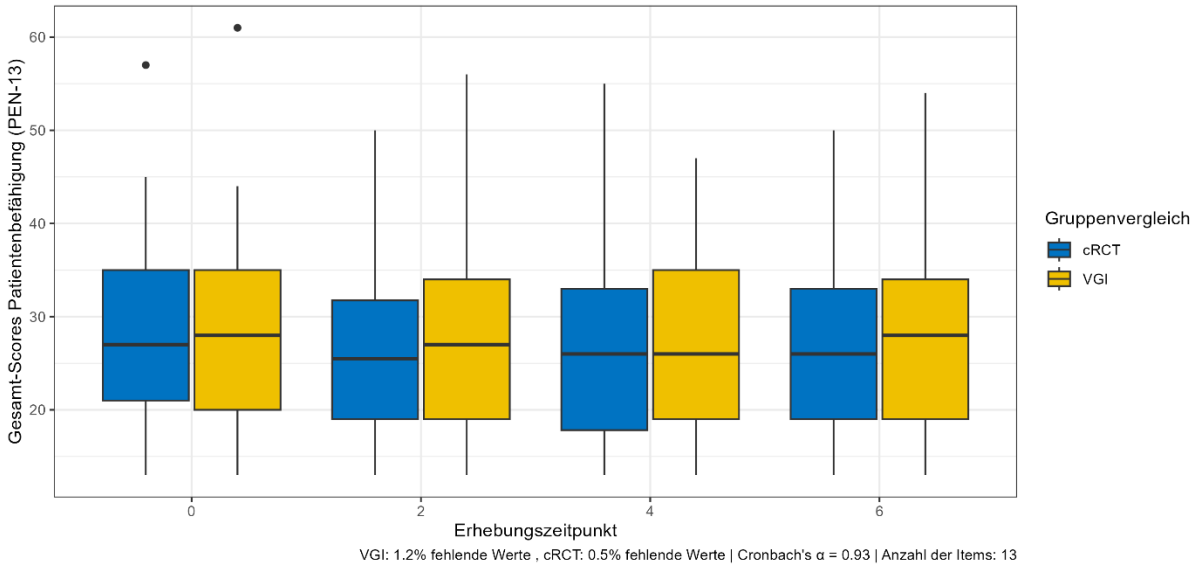


Abbildung 46: Verteilung der Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 97 Patient*innen der C-RCT und 116 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Wie auch der Median ist auch der Mittelwert der Gruppen über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle, bedeutende Gruppenunterschiede bilden sich nicht ab. Die Daten deuten darauf hin, dass der mittlere Gesamtscore über die Beobachtungszeit stabil bleibt (siehe Abbildung 47). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in beiden Gruppen bei ca. 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,93 als sehr hoch eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 42 sind Gesamtscores über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

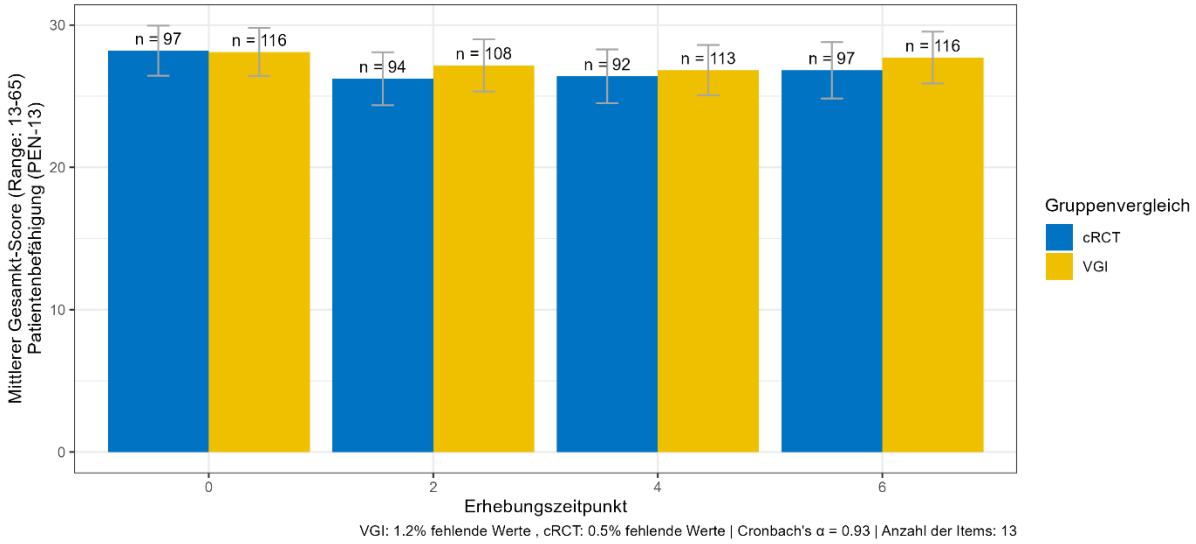


Abbildung 47: Mittlere Gesamtscores zum Patienten-Empowerment (PEN-13) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

In der Regressionsanalyse konnten 213 Patient*innen mit einer Bewertung der Koordination der Versorgung zum Zeitpunkt T6 in 23 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 36, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 299 Patient*innen und 26 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 36, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Koordination der Versorgung zu T0, der Einrichtungsart und dem Einzugsgebiet der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 36, Modell 1: β: -0,76, 95%-KI: -3,2-1,6). Die Befähigung der Patient*innen unterscheidet sich zu T6 zwischen VG II und IG nicht signifikant, zeigt jedoch eine negative Tendenz. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 36, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 36, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: -0,69, 95%KI: -2,7-1,3 und Modell 3: β: -0,72, 95%KI: -2,7-1,3). Alter und Geschlecht zeigen keinen bedeutenden Einfluss auf die Koordination der Versorgung. Die Ergebnisse dieser Population sind mit den Ergebnissen unter Berücksichtigung der PP1- und PP2-Definition in der C-RCT Gruppe vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 43 und 44).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 36: Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Endpunkt: Patienten-Empowerment (PEN-13)	**Modell 1** **T6** Cluster n = 23 Patient*innen n = 213			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 26 Patient*innen n = 299			**Modell 3** **LOCF zu T6** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 26 Patient*innen n = 299		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	12	7,1, 16	<0,001	10	6,4, 14	<0,001	12	4,4, 19	0,002
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	**-0,76**	**-3,2, 1,6**	**0,5**	**-0,69**	**-2,7, 1,3**	**0,5**	**-0,72**	**-2,7, 1,3**	**0,5**
Gesamtscore zu T0	0,57	0,44, 0,70	<0,001	0,62	0,52, 0,73	<0,001	0,62	0,51, 0,73	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,89	-4,6, 2,8	0,6	-0,34	-3,5, 2,8	0,8	-0,30	-3,5, 2,9	0,8
Niedergelassene Praxis	0,35	-3,2, 3,9	0,8	0,23	-2,8, 3,3	0,9	0,27	-2,8, 3,4	0,9
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,96	-3,7, 5,7	0,7	-0,32	-3,9, 3,3	0,9	-0,33	-4,0, 3,3	0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,47			0,95			1,1		
Residualfehler	8,5			8,3			8,4		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0,04	-2,1, 2,0	>0,9
Alter							-0,02	-0,12, 0,07	0,6

Sowohl Patient*innen der C-RCT als auch der VG I gaben an, sich in der Lage zu fühlen, mit dem Gesundheitspersonal über ihre Sorgen und Befürchtungen zu sprechen, auch ohne direkte Ansprache durch das Personal. Die mittlere Zustimmung nahm über die vier Erhebungszeitpunkte hinweg in beiden Gruppen tendenziell zu, sodass zunehmend mehr

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient*innen diese Aussage als voll zutreffend empfanden. Zwischen den Gruppen bilden sich keine bedeutenden Unterschiede ab (siehe Abbildung 48).

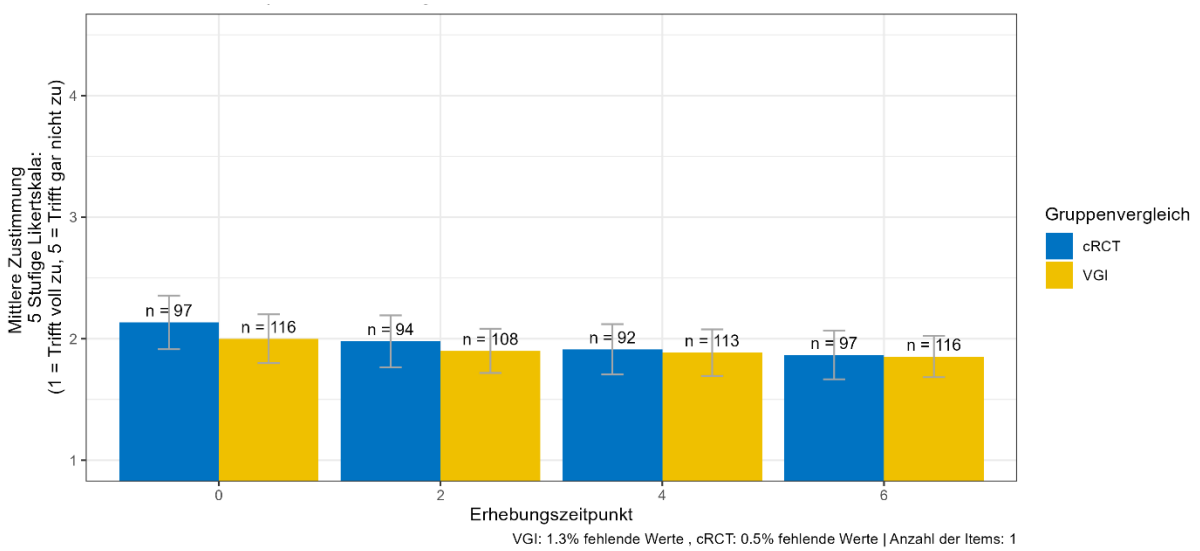


*Abbildung 48: Mittelwerte zur Mitteilung von Sorgen und Befürchtungen von Patient*innen an Gesundheitspersonal im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Sowohl Patient*innen der C-RCT als auch der VG I gaben an, dass es ihnen leichtfällt, dem Gesundheitspersonal ihre Fragen und Wünsche mitzuteilen. Die mittlere Zustimmung nahm über die vier Erhebungszeitpunkte hinweg in beiden Gruppen tendenziell zu, sodass zunehmend mehr Patient*innen diese Aussage als voll zutreffend empfanden. Zwischen den Gruppen zeichneten sich keine bedeutenden Unterschiede ab (siehe Abbildung 49).

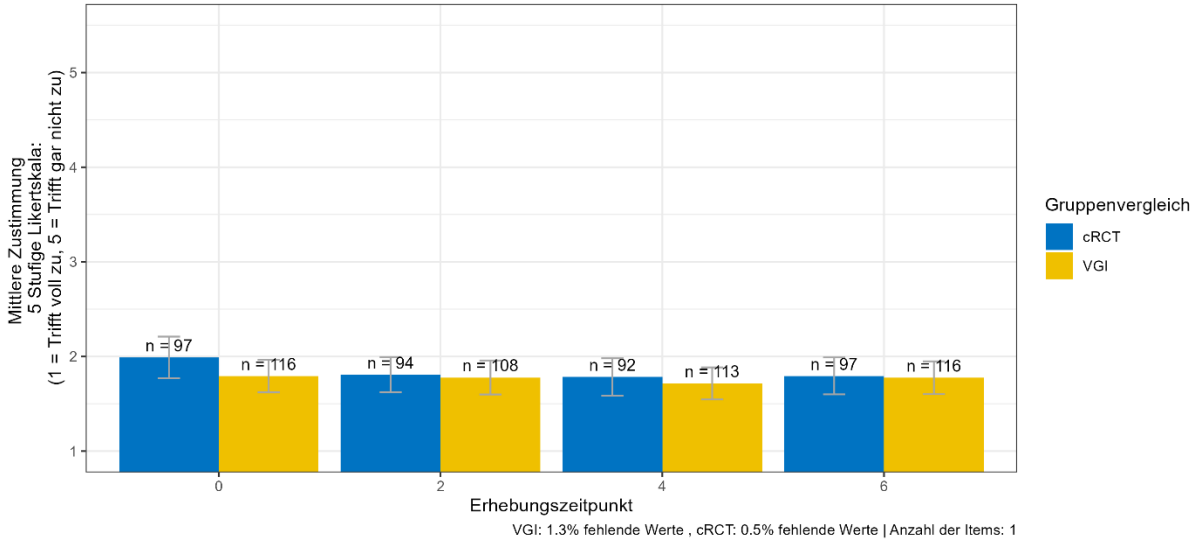


*Abbildung 49: Mittelwerte zur Mitteilung von Sorgen und Befürchtungen von Patient*innen an Gesundheitspersonal im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

3.1.2.4.7 Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM)

Abbildung 50 und Abbildung 51 stellen die Verteilung bzw. die mittleren Gesamtwerte der von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewerteten kommunikativen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gesundheitskompetenz über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zur Koordination der Versorgung berücksichtigt werden konnten. Die Mittelwerte dieser Population liegen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 und am 75. Perzentil bei 2. Die Medianwerte der Gesamtscores befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1 und 2, d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. In den Gruppen ist der Median über alle Erhebungszeitpunkte hinweg vergleichbar (siehe Abbildung 50).

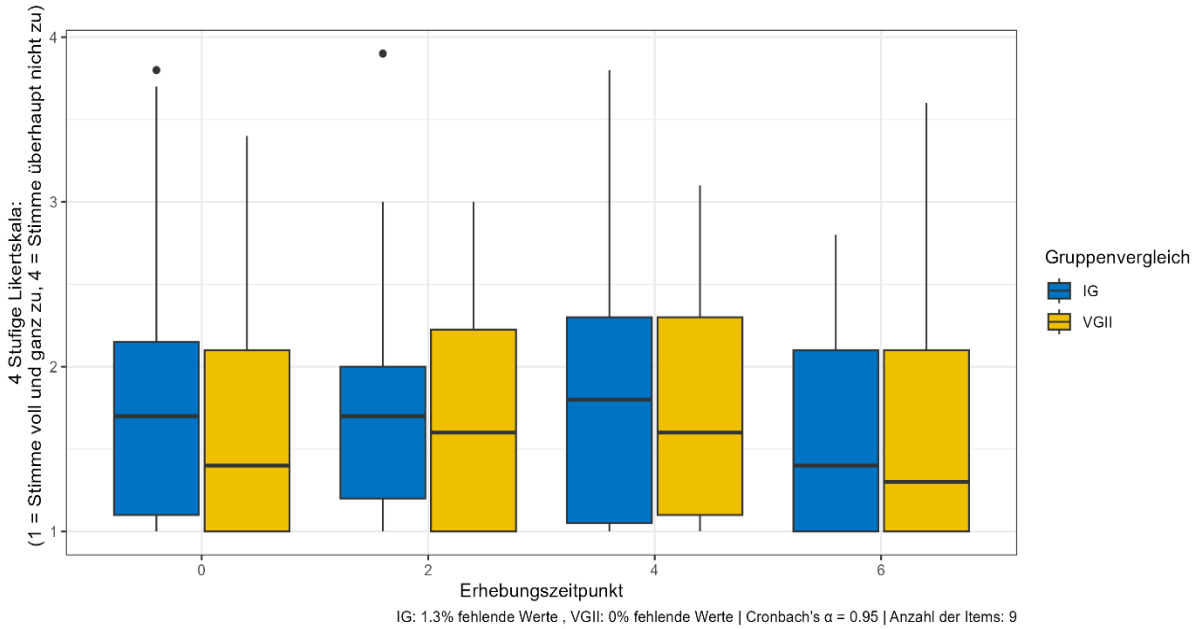


*Abbildung 50: Verteilung der kommunikativen Gesundheitskompetenz von Patient*innen (HL-COM) nach Erhebungszeitpunkt im Vergleich zwischen IG und VG II*

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 41 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Wie der Median ist auch der Mittelwert der Gruppen über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle, bedeutende Gruppenunterschiede bilden sich nicht ab. Die Daten deuten darauf hin, dass der mittlere Gesamtscore über die Beobachtungszeit stabil bleibt (siehe Abbildung 51). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der IG bei ca. 1% und in der VG II bei 0%, d.h. alle Patient*innen der VG II mit einem Mittelwert zum Zeitpunkt T0 hatten im weiteren Verlauf das Instrument vollständig beantwortet. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,95 als sehr hoch eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 45 sind Gesamtscores über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

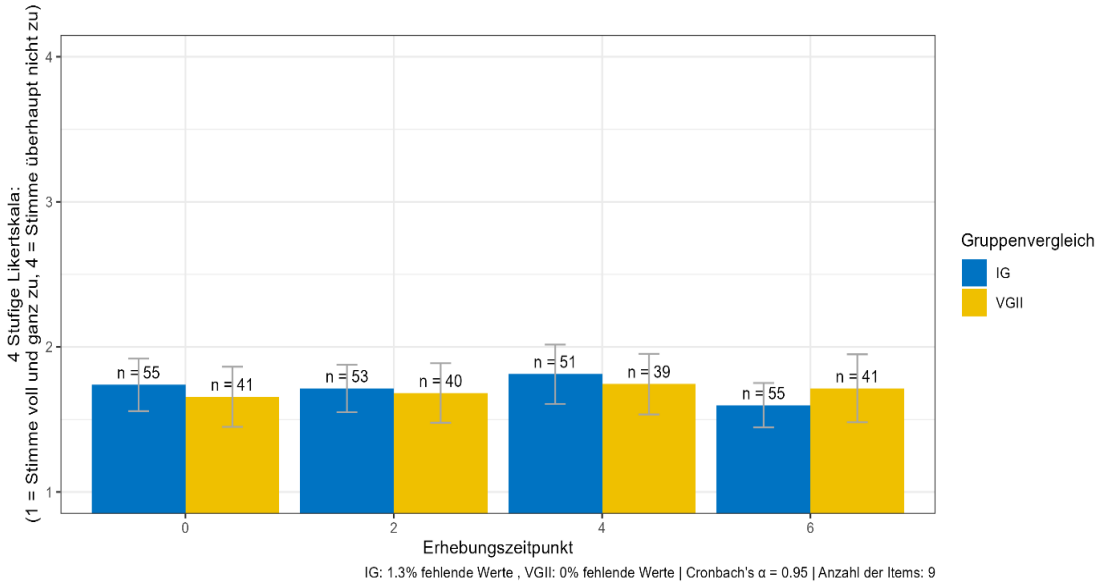


*Abbildung 51: Mittlere kommunikative Gesundheitskompetenz von Patient*innen (HL-COM) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II*

In der linearen Regression konnten 96 Patient*innen mit einer Bewertung der Koordination der Versorgung zum Zeitpunkt T6 in 18 Versorgungseinrichtungen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 37, Modell 1). Unter Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 konnten 105 Patient*innen und 18 Versorgungseinrichtungen in die Analyse eingeschlossen werden (siehe Tabelle 37, Modell 2 und 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach Berücksichtigung der Versorgungseinrichtungen als Clustereffekt, der Koordination der Versorgung zu T0, der Einrichtungsart und dem Einzugsgebiet der AOK Hessen kein Effekt zwischen den Gruppen abbildet (siehe Tabelle 37, Modell 1: β: -0.14, 95%-KI: -0.46-0.17). Die Gesundheitskompetenz der Patient*innen unterscheidet sich zu T6 zwischen VG II und IG nicht signifikant, zeigt jedoch eine positive Tendenz. Auch nach Berücksichtigung der letzten Beobachtung (LOCF) zu T6 (Tabelle 37, Modell 2) sowie nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht (Tabelle 37, Modell 3) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Modell 2: β: -0.07, 95%KI: -0.33-0.18 und Modell 3: β: -0.08, 95%KI: -0.38-0.23). Alter und Geschlecht zeigen keinen bedeutenden Einfluss auf die Koordination der Versorgung.

Im Rahmen der Modellvereinfachungen aufgrund von Singularität wurden in allen Modellen das Bundesland als Zufallsinterzept sowie in Modell 2 und 3 die Variable „Einzugsgebiet der AOK Hessen“ als fester Effekt entfernt. Die Modellprüfung ergab jedoch, dass die Modelle, trotz Modellvereinfachungen singulär, bleiben. Zudem wurde der Zufallsinterzept der onkologischen Einrichtung auf 0,0 geschätzt. Zusammen mit dem Hinweis auf Singularität deutet dies auf eine überparametrisierte oder nicht identifizierbare Zufallsstruktur hin. Unabhängig davon sind die Ergebnisse dieser Population mit den Ergebnissen der PP1 und PP2 vergleichbar (siehe Anlage 12 Tabellen 46 und 47).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 37: Ergebnisse zur kommunikativen Gesundheitskompetenz von Patient*innen (HL-COM) zum Zeitpunkt T6 und LOCF in der ITT-Analysepopulation im Vergleich zwischen IG und VG II*

Endpunkt: Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM)	**Modell 1** **T6** Cluster n = 18 Patient*innen n = 96			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 18 Patient*innen n = 105			**Modell 3** **LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 18 Patient*innen n = 105		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	1.1	0.66, 1.6	<0.001	1.1	0.76, 1.5	<0.001	1.4	0.46, 2.3	0.004
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	**-0.14**	**-0.46, 0.17**	**0.3**	**-0.07**	**-0.33, 0.18**	**0.6**	**-0.08**	**-0.38, 0.23**	**0.6**
Gesamtscore zu T0	0.39	0.21, 0.57	<0.001	0.42	0.25, 0.59	<0.001	0.43	0.25, 0.60	<0.001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0.16	-0.61, 0.29	0.4	-0.25	-0.56, 0.05	0.10	-0.25	-0.67, 0.16	0.2
Niedergelassene Praxis	-0.12	-0.57, 0.34	0.5	-0.12	-0.44, 0.19	0.4	-0.11	-0.53, 0.31	0.5
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.43	-0.05, 0.92	0.076						
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.06			0.00			0.04		
Residualfehler	0.60			0.61			0.61		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0.14	-0.39, 0.12	0.3
Alter							0.00	-0.01, 0.01	0.6

3.1.2.4.8 Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)

<u>Praxisorganisation</u>

Abbildung 52 und Abbildung 53 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit der Praxisorganisation über den Follow-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Praxisorganisation dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei ca. 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil zwischen 1,5 und 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten in der IG bei 1,5 (eher zufrieden), d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range. In den Gruppen sind die Medianwerte in den Zeitpunkten T0 bis T4 vergleichbar. Zu T6 sinkt der Median der VG II auf unter 1,25 (sehr zufrieden), während der Median der IG konstant bleibt (siehe Abbildung 52).

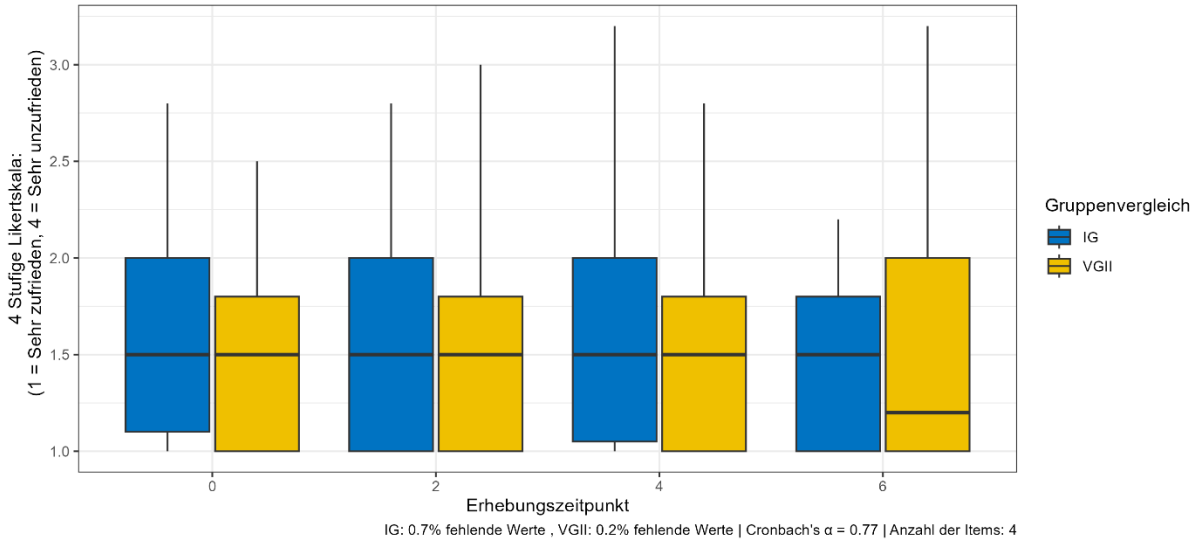


*Abbildung 52: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II*

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte sind über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte vergleichbar (1,5, eher zufrieden). Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle, bedeutende Gruppenunterschiede bilden sich nicht ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit über die Beobachtungszeit stabil bleibt (siehe Abbildung 53). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen unter 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,77 als akzeptabel eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit der Praxisorganisation über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

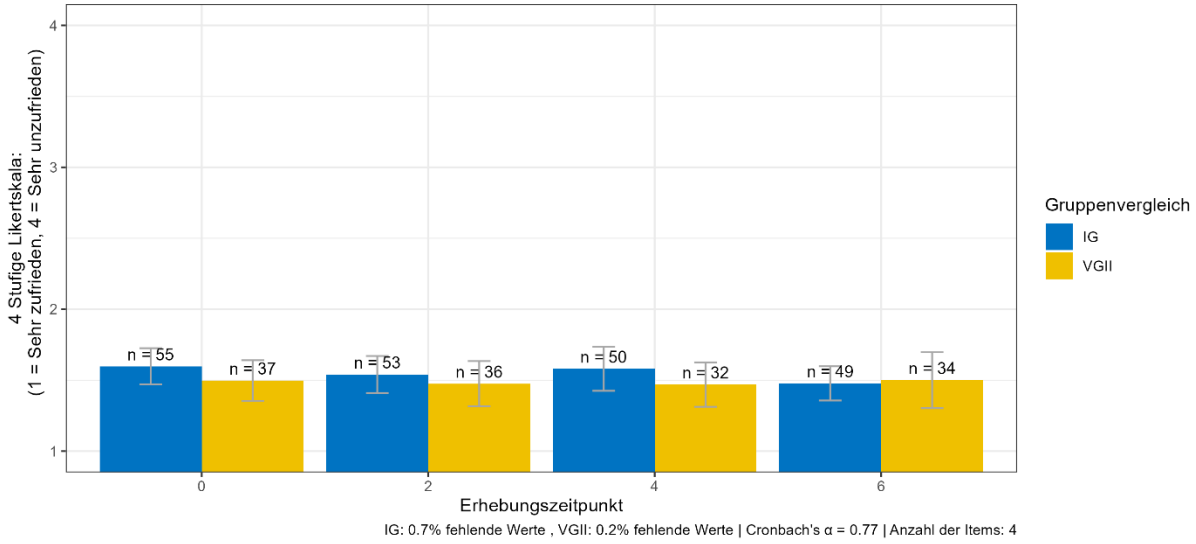


*Abbildung 53: Mittlere Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II*

Abbildung 54 und Abbildung 55 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der C-RCT und VG I bewertete Zufriedenheit mit der Praxisorganisation über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Praxisorganisation dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei ca. 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil zwischen 1,5 und 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1,5 (eher zufrieden) und 1 (sehr zufrieden), d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range. Die Medianwerte sind in den Zeitpunkten T2 bis T6 in der VG I niedriger als in der C-RCT (siehe Abbildung 54).

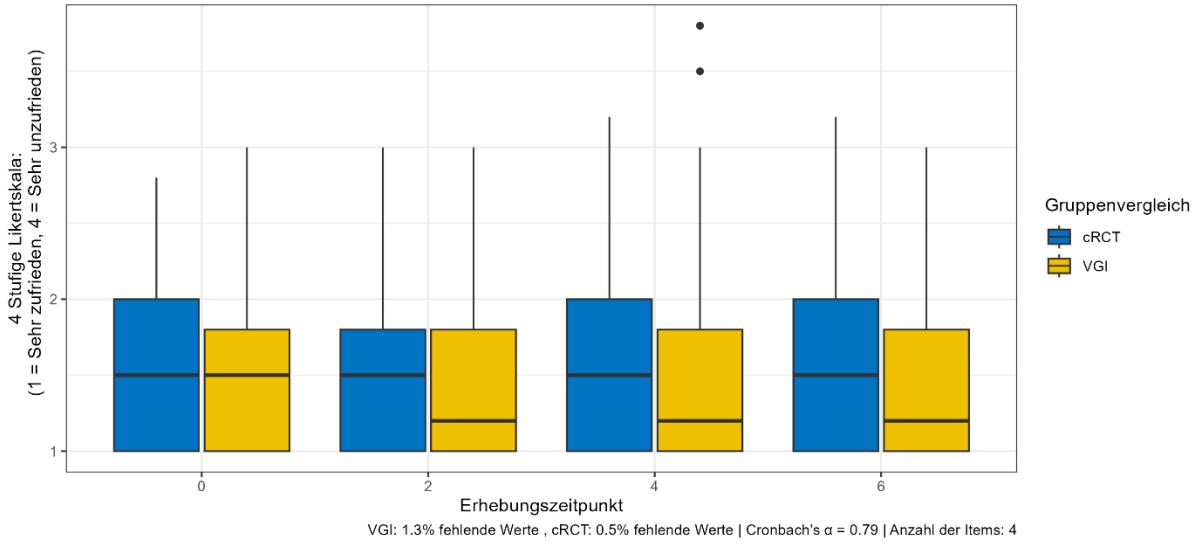


*Abbildung 54: Verteilung der Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte sind über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte vergleichbar (1,5, eher zufrieden). Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle, bedeutende Gruppenunterschiede bilden sich nicht ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit über die Beobachtungszeit stabil bleibt (siehe Abbildung 55). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG I bei 1,3% und in der C-RCT bei 0,7%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,79 als akzeptabel eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Praxisorganisation über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

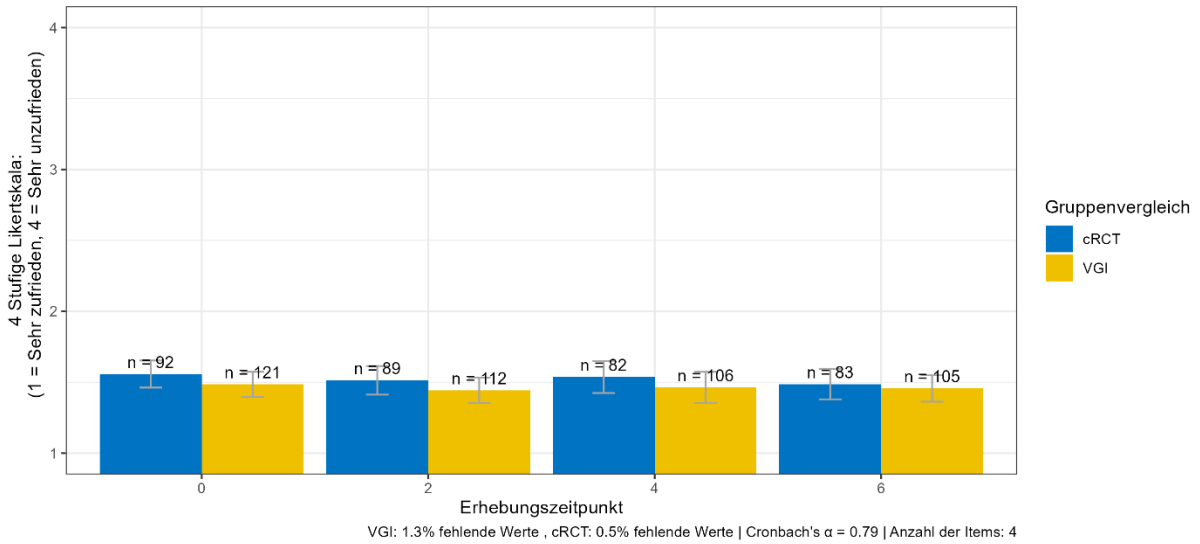


*Abbildung 55: Mittlere Zufriedenheit mit der Praxisorganisation von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Information

Abbildung 56 und Abbildung 57 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit Informationen über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Information dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil zwischen 1 (sehr zufrieden) und 1,5 (eher zufrieden) und am 75. Perzentil zwischen 2 (eher zufrieden) und 2,5 (eher unzufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 2 (eher zufrieden) und 1 (sehr zufrieden), d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. Die Medianwerte in der IG sind über alle Erhebungszeitpunkte höher als die der VG II. Während die Medianwerte in beiden Gruppen über die Erhebungszeitpunkte T0 bis T4 stabil bleiben, sinken die Medianwerte zu T6 in beiden Gruppen (siehe Abbildung 56).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

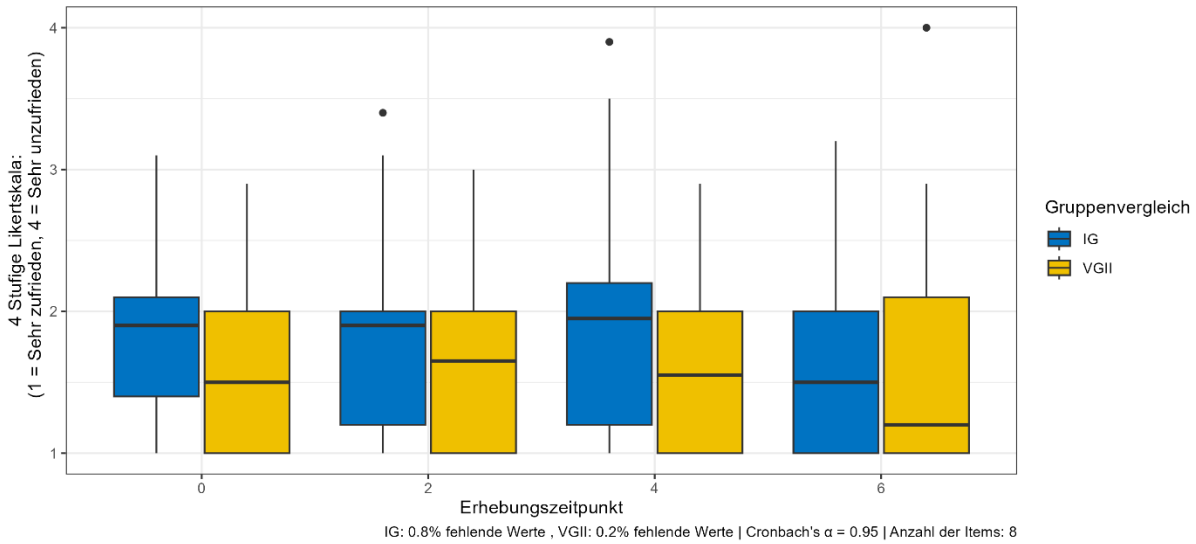


Abbildung 56: Verteilung der Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte der IG sind über die Erhebungszeitpunkte T0 bis T4 etwas höher als die der VG II, liegen jedoch insgesamt zwischen 1,5 und 2 (eher zufrieden). Zwischen IG und VG II zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen in der VG II über die Beobachtungszeit stabil bleibt, während die Zufriedenheit in der IG zum Zeitpunkt T6 tendenziell zunimmt (siehe Abbildung 57). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen unter 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,95 als sehr gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

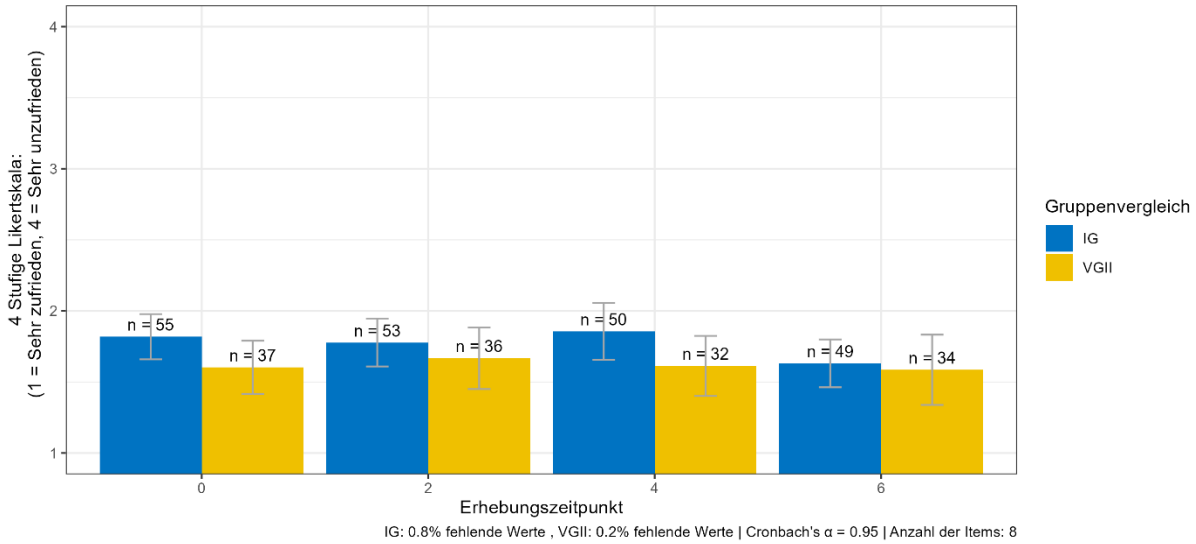


Abbildung 57: Mittlere Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 58 und Abbildung 59 stellen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit Informationen von Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Information dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei ca. 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei ca. 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 2 (eher zufrieden) und 1 (sehr zufrieden), d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. Die Medianwerte in der C-RCT sind über die Zeitpunkte T0 bis T4 vergleichbar oder höher, als die der VG I. Während die Medianwerte in beiden Gruppen über die Erhebungszeitpunkte T0 bis T4 stabil bleiben, sinkt der Medianwert in der C-RCT zu T6 (siehe Abbildung 58).

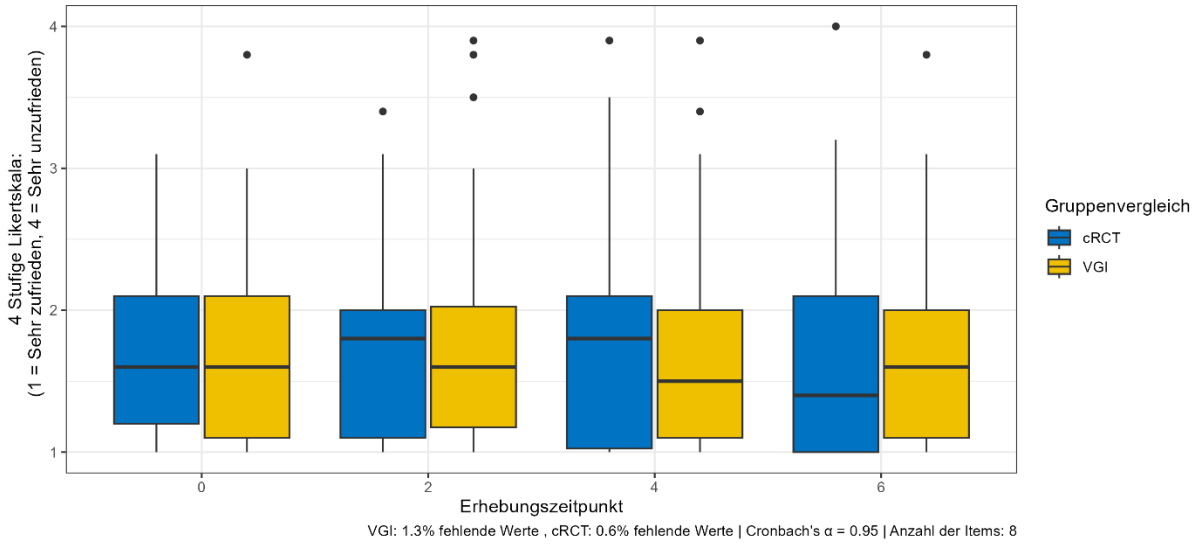


Abbildung 58: Verteilung der Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte liegen über alle Erhebungszeitpunkte und Gruppen zwischen 1,5 und 2. (eher zufrieden) Zwischen der C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt, während die Zufriedenheit in der C-RCT zum Zeitpunkt T6 und in der VG I zum Zeitpunkt T4 leicht zunimmt (siehe Abbildung 59). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG I bei 1,3% und in der C-RCT 0,6%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,95 als sehr gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

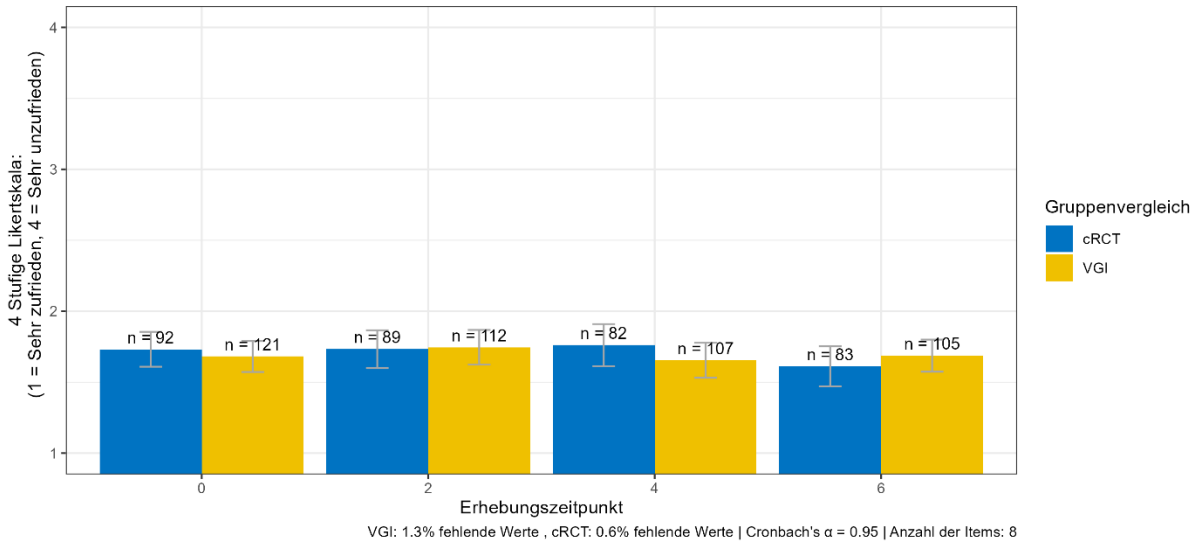


Abbildung 59: Mittlere Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Arzt-Patient-Interaktion

Abbildung 60 und Abbildung 61 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Interaktion über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Interaktion dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1 (sehr zufrieden) und 1,5 (eher zufrieden), d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range. Während die Medianwerte in der IG zu den Zeitpunkten T2 und T4 zunehmen, sinken diese wieder zu T6. Im Vergleich zur IG sind die Medianwerte der VG II über alle Erhebungszeitpunkte stabil. Die Medianwerte der IG sind über alle Erhebungszeitpunkte leicht höher als in der VG II (siehe Abbildung 60).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

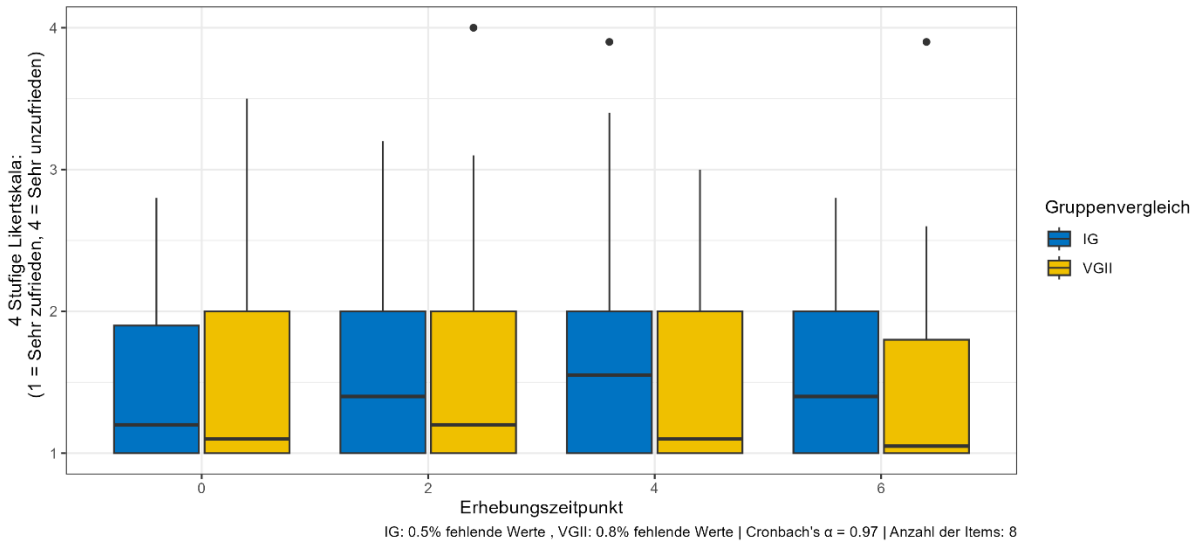


Abbildung 60: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte zur Zufriedenheit mit der Interaktion sind in der IG zu den Erhebungszeitpunkten T4 bis T6 etwas höher (> 1,5 eher zufrieden), als die der VG II (< 1,5 sehr zufrieden). Allerdings zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Interaktion in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt (siehe Abbildung 61). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen unter 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,97 als sehr gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit der Interaktion über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

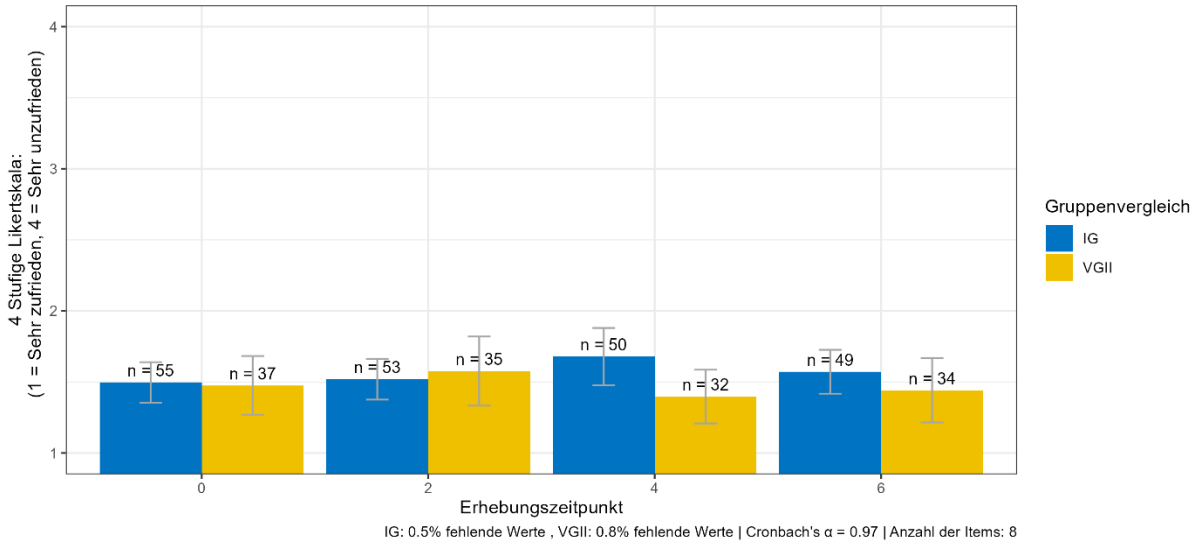


Abbildung 61: Mittlere Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 62 und Abbildung 63 stellen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit der Interaktion von Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Information dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei ca. 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1,5 (eher zufrieden) und 1 (sehr zufrieden), d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range. Die Medianwerte sind zwischen den Gruppen über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar. Die Medianwerte bleiben in beiden Gruppen über die Erhebungszeitpunkte hinweg tendenziell stabil (siehe Abbildung 62).

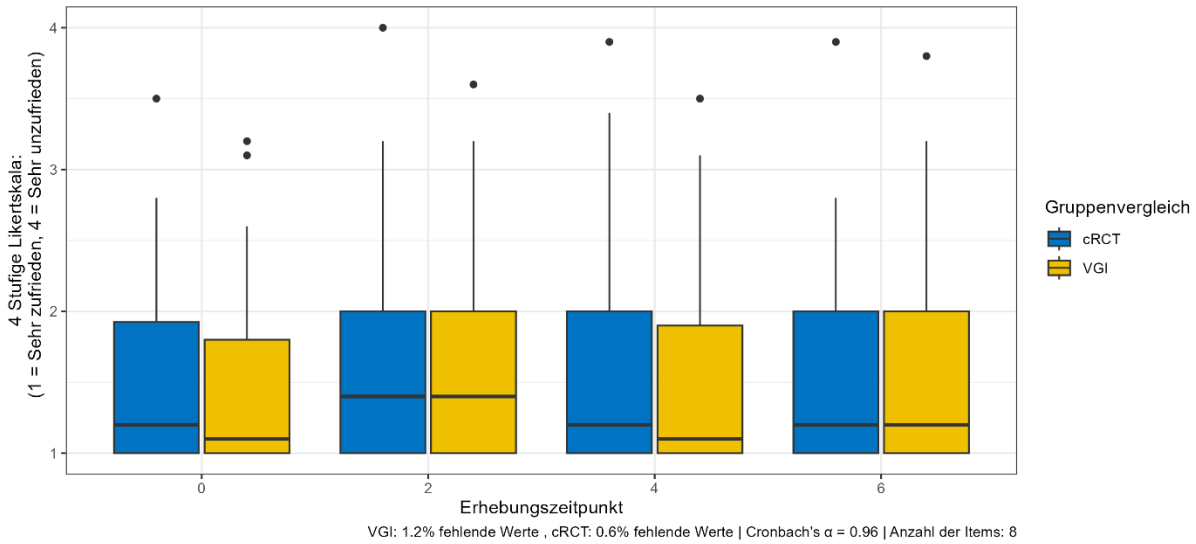


Abbildung 62: Verteilung der Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte liegen über alle Erhebungszeitpunkte und Gruppen zwischen 1,25 (sehr zufrieden) und 1,5 (eher zufrieden). Zwischen der C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Interaktion in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt (siehe Abbildung 63). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG I bei 1,2% und in der C-RCT 0,6%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,96 als sehr gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Interaktion über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

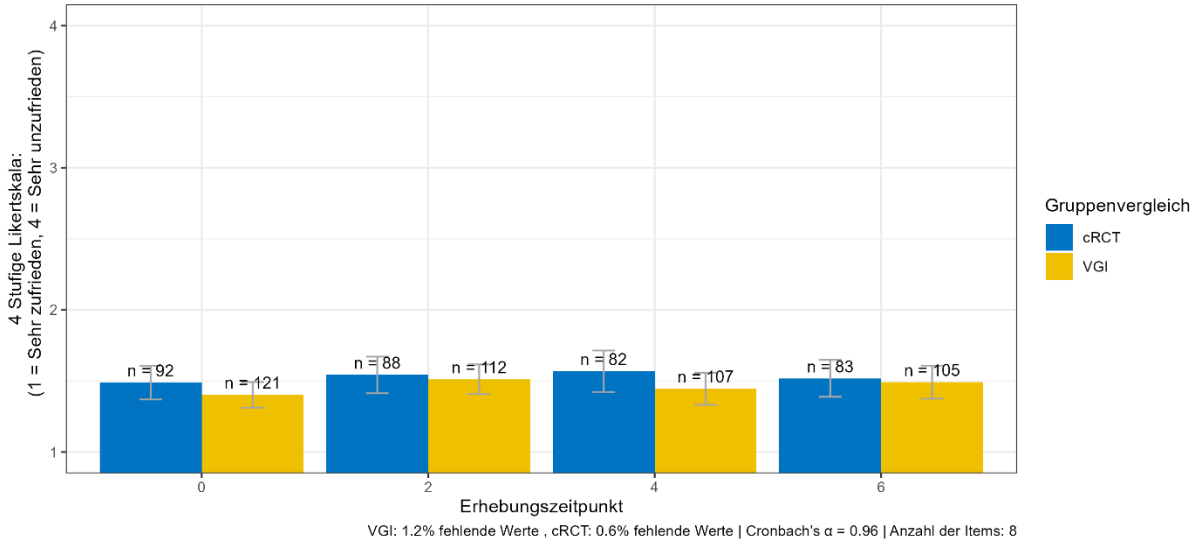


Abbildung 63: Mittlere Zufriedenheit mit der Interaktion und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse

Abbildung 64 und Abbildung 65 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1 (sehr zufrieden) und 1,5 (eher zufrieden), d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range. Im Vergleich zur VG II sind die Medianwerte in der IG über alle Erhebungszeitpunkte höher. Die Medianwerte sind über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 64).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

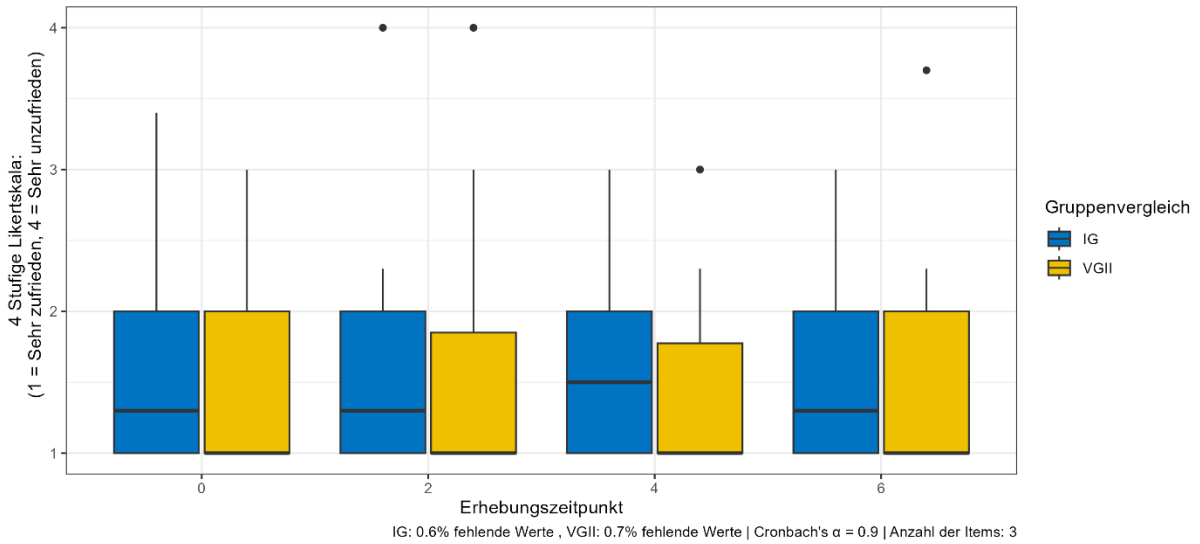


Abbildung 64: Verteilung der Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte zur Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse sind in der IG zu den Erhebungszeitpunkten T0, T4 und T6 etwas höher (1,5, eher zufrieden), als die der VG II (< 1,5, sehr zufrieden). Allerdings zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt (siehe Abbildung 65). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen unter 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,9 als sehr gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

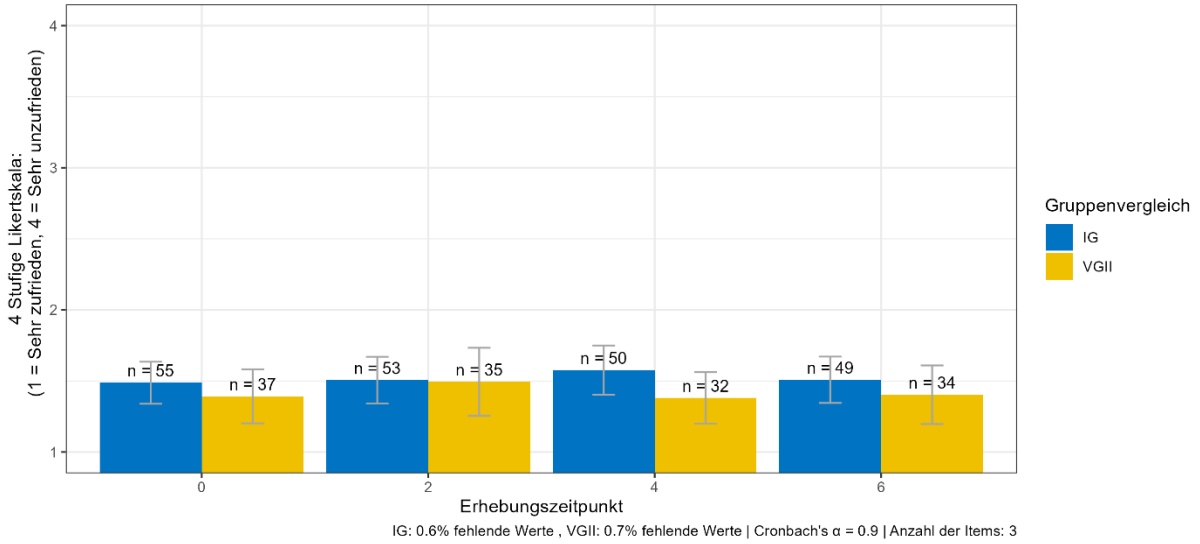


Abbildung 65: Mittlere Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 66 und Abbildung 67 stellen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse von Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil zwischen 1 (sehr zufrieden) und 1,5 (eher zufrieden) und am 75. Perzentil bei ca. 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1,5 und 2 (eher zufrieden), d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. Die Medianwerte sind in der C-RCT mit den Werten der VG I zu den Zeitpunkten T0 bis T4 vergleichbar bzw. leicht höher. Zum Zeitpunkt T6 kehren sich die Verhältnisse jedoch um: Die C-RCT zeigt nun einen niedrigeren Median im Vergleich zur VG I (< 1,5, sehr zufrieden vs. >1,5, eher zufrieden). Insgesamt bleiben die Medianwerte über alle Erhebungszeitpunkte hinweg stabil in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 66).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

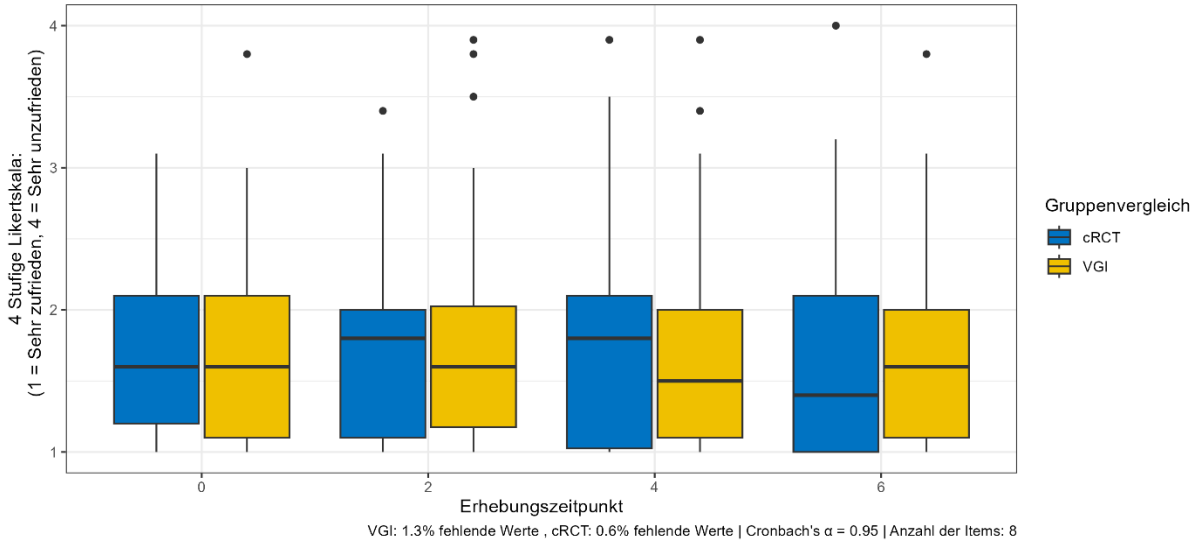


Abbildung 66: Verteilung der Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte liegen über alle Erhebungszeitpunkte und Gruppen zwischen 1 (sehr zufrieden) und 1,5 (eher zufrieden). Zwischen der C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt (siehe Abbildung 67). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG I bei 1,5% und in der C-RCT 0,7%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,88 als gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

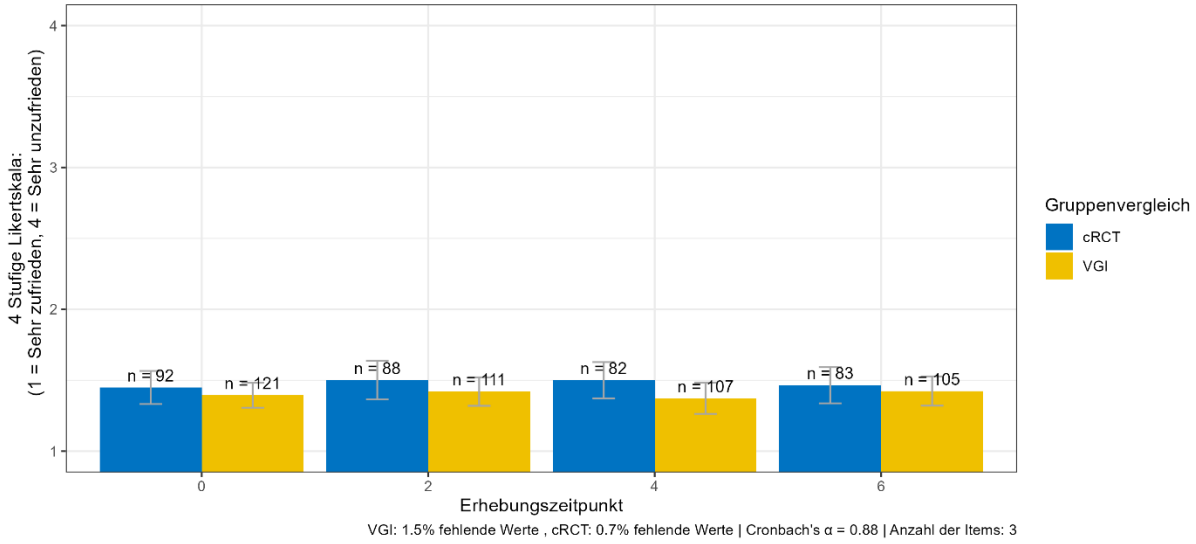


Abbildung 67: Mittlere Zufriedenheit mit der Fachkompetenz und der Einbindung in Entscheidungsprozesse und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen

Abbildung 68 und Abbildung 69 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1 (sehr zufrieden) und 1,5 (eher zufrieden), d.h. im unteren Viertel der Skalen-Range. Im Vergleich zur VG II sind die Medianwerte in der IG über alle Erhebungszeitpunkte stabil bei 1. Im Vergleich zur IG ist der Median zum Zeitpunkt T4 höher als in der IG, wobei die Medianwerte über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil im unteren Viertel der Skalen-Range liegen (siehe Abbildung 68).

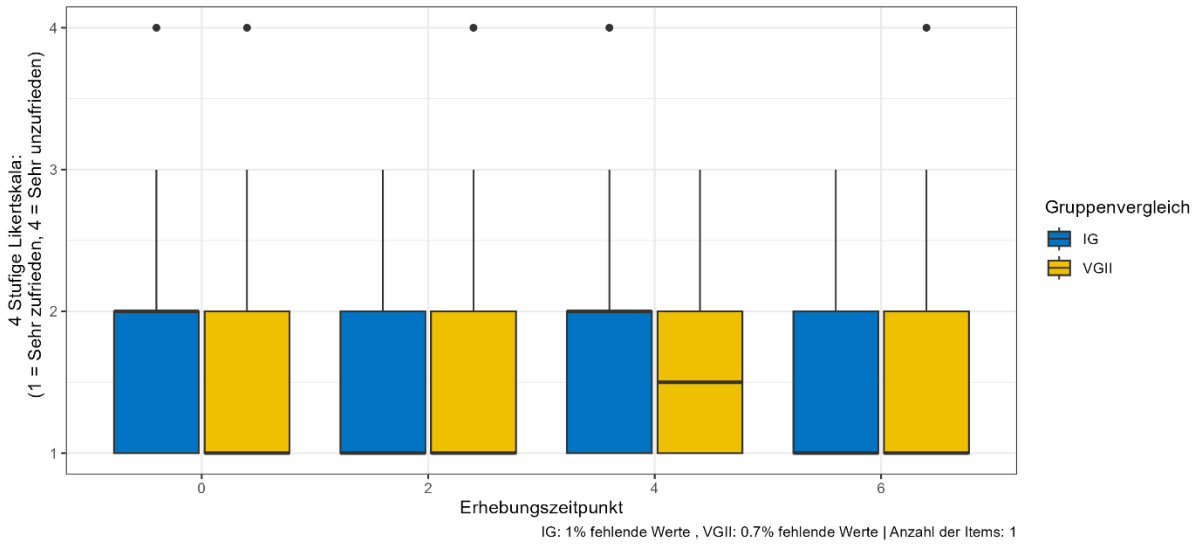


Abbildung 68: Verteilung der Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte zur Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen sind in der IG zu den Erhebungszeitpunkten T0 bis T4 etwas höher als die der VG II und gleichen sich zu T6 an. Allerdings liegen alle Mittelwerte bei 1,5 (eher zufrieden) und es zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt (siehe Abbildung 69). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen bei ca. 1%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

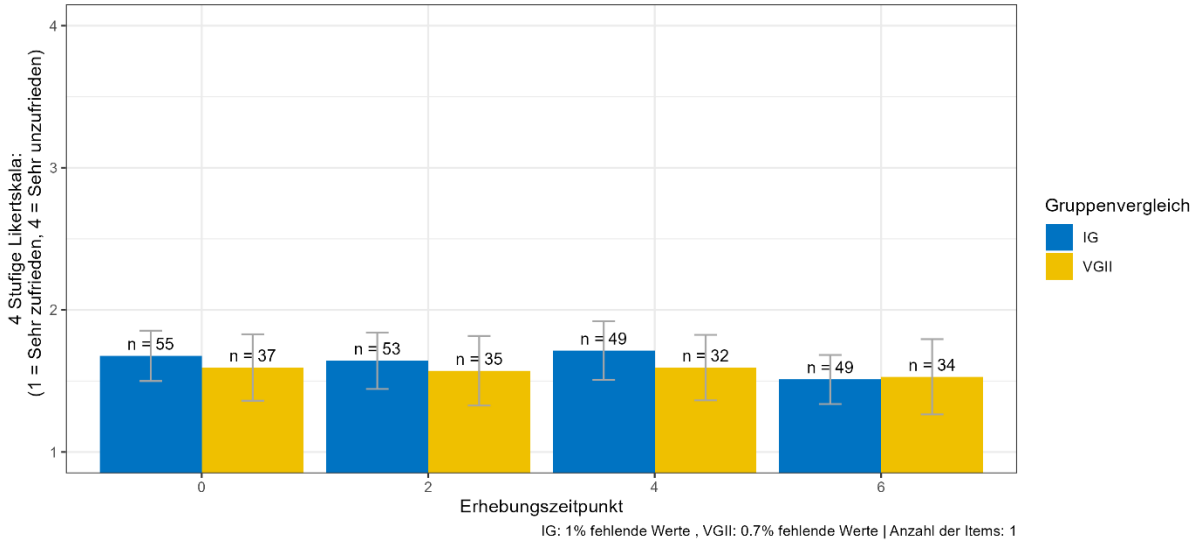


Abbildung 69: Mittlere Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 70 und Abbildung 71 stellen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen von Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten und Gruppen zwischen 1 (sehr zufrieden) und 2 (eher zufrieden), d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. Die Medianwerte sind in der C-RCT zum Zeitpunkt T0 höher als in der VG I, wobei sich das Verhältnis zum Zeitpunkt T6 umkehrt. Insgesamt bleiben die Medianwerte über alle Erhebungszeitpunkte hinweg in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 70).

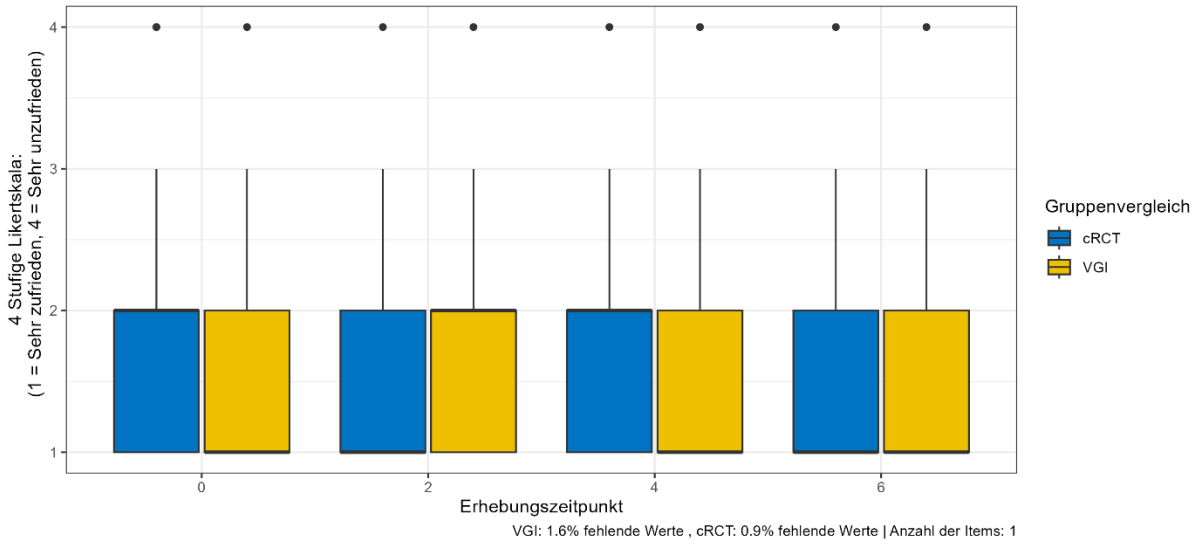


Abbildung 70: Verteilung der Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte liegen über alle Erhebungszeitpunkte und Gruppen um 1,5 (eher zufrieden). Zwischen der C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt (siehe Abbildung 71). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG I bei 1,6% und in der C-RCT 0,9%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

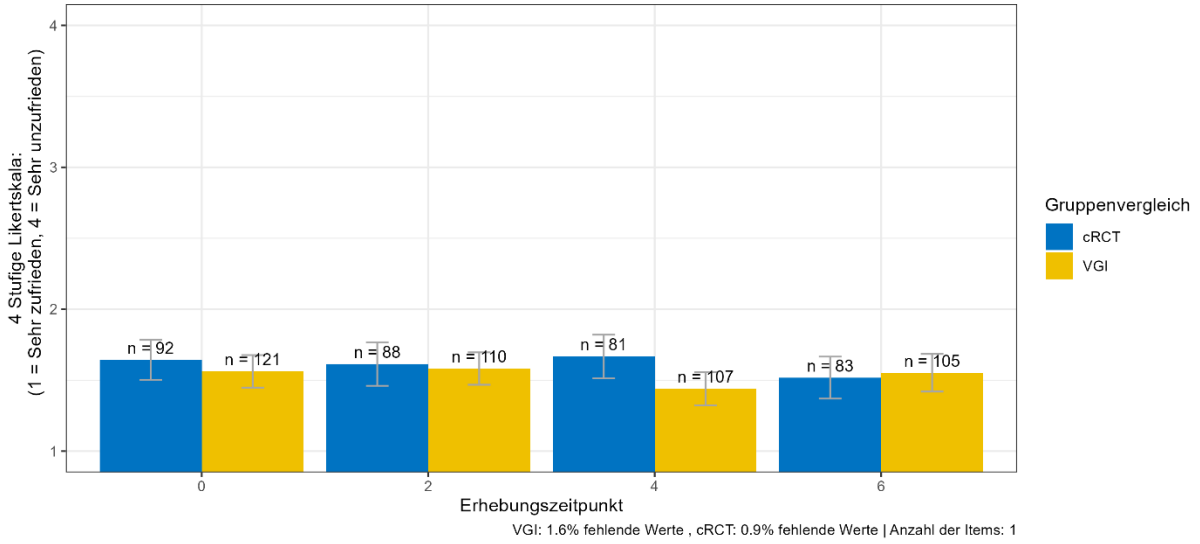


Abbildung 71: Mittlere Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß von Informationen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Zufriedenheit mit der Partizipation

Abbildung 72 und Abbildung 73 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit der Partizipation über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Partizipation dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil zwischen 1 (immer) und 2 (eher zufrieden) und am 75. Perzentil zwischen 2 (meistens) und 3 (selten) in der IG. Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in zu den Erhebungszeitpunkten T0 und T4 in beiden Gruppen zwischen 2 und 1,5 (meistens), d.h. in der unteren Hälfte der Skalen-Range. Zum Zeitpunkt T6 liegt der Median in der VG II bei < 1,5 (immer). Im Vergleich zur VG II sind die Medianwerte in der IG über alle Erhebungszeitpunkte etwas höher und liegen stabil bei 2. Die Medianwerte bleiben über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 72).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

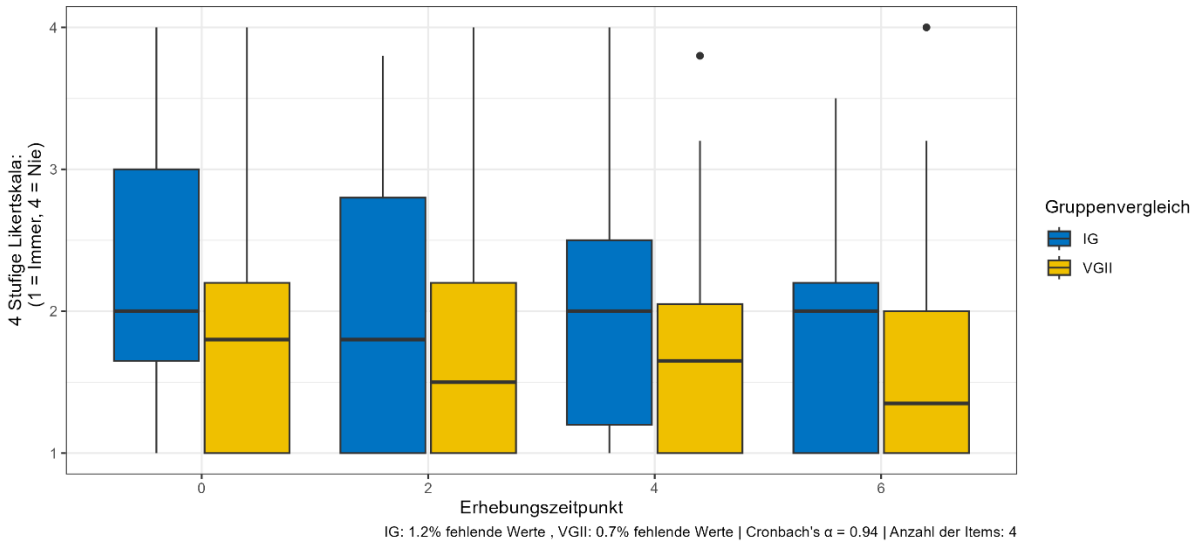


Abbildung 72: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte zur Zufriedenheit mit der Partizipation sind in der IG über alle Erhebungszeitpunkte etwas höher als die der VG II. Allerdings liegen alle Mittelwerte zwischen > 1,5 und < 2,5 (meistens) und es zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Partizipation in der VG II über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt, während sich die Zufriedenheit in der IG über die Erhebungszeitpunkte hinweg verbessert (siehe Abbildung 73). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen bei ca. 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,94 als sehr gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit der Qualität und dem Ausmaß der Informationen über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

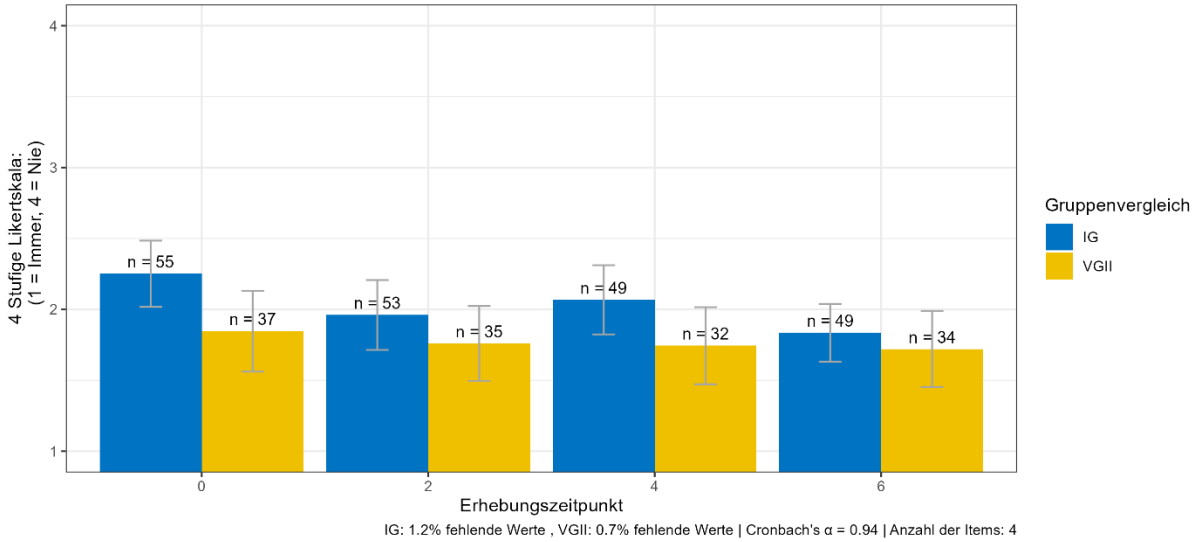


Abbildung 73: Mittlere Zufriedenheit mit der Partizipation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 74 und Abbildung 75 stellen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit der Partizipation von Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Partizipation dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil zwischen 1 (immer) und 1,5 (meistens) und am 75. Perzentil zwischen 2 (meistens) und 3 (selten). Während die Medianwerte der Zufriedenheit in der C-RCT über die Beobachtungszeit hinweg stabil bei 2 (meistens) bleiben, liegen die Medianwerte der VG I stabil < 2 (meistens). Alle Medianwerte bleiben über die Zeit in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 74).

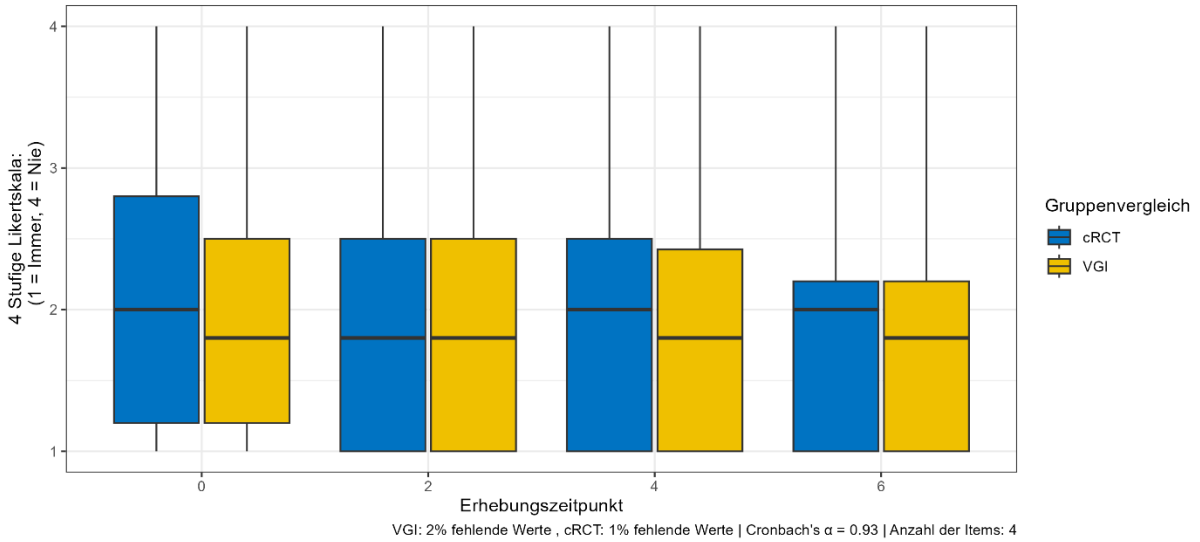


Abbildung 74: Verteilung der Zufriedenheit mit der Partizipation im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte liegen zu T0 in beiden Gruppen um 2 (meistens) und werden über die Beobachtungszeit tendenziell geringer. Zwischen der C-RCT und VG I zeigen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab (siehe Abbildung 75). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG I bei 2% und in der C-RCT 1%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,93 als sehr gut eingestuft werden. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Partizipation über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

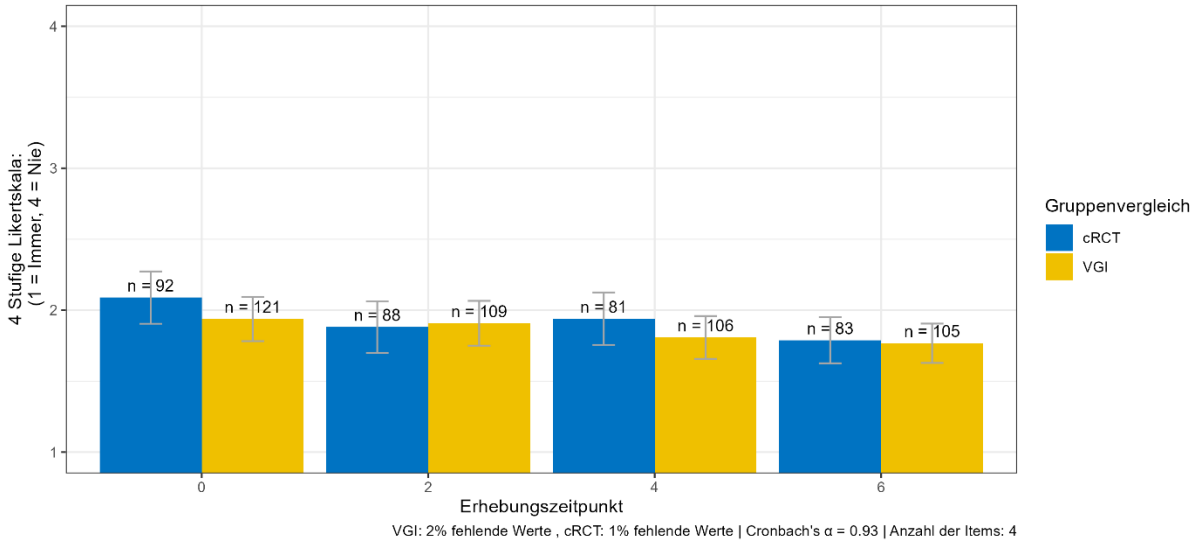


Abbildung 75: Mittlere Zufriedenheit mit der Partizipation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt

Abbildung 76 und Abbildung 77 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in allen Erhebungszeitpunkten in der IG bei 2 (eher zufrieden) und sind damit höher als in der VG II. In der VG II befinden sich die Medianwerte über alle Zeitpunkte bei 1 (sehr zufrieden). Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 76).

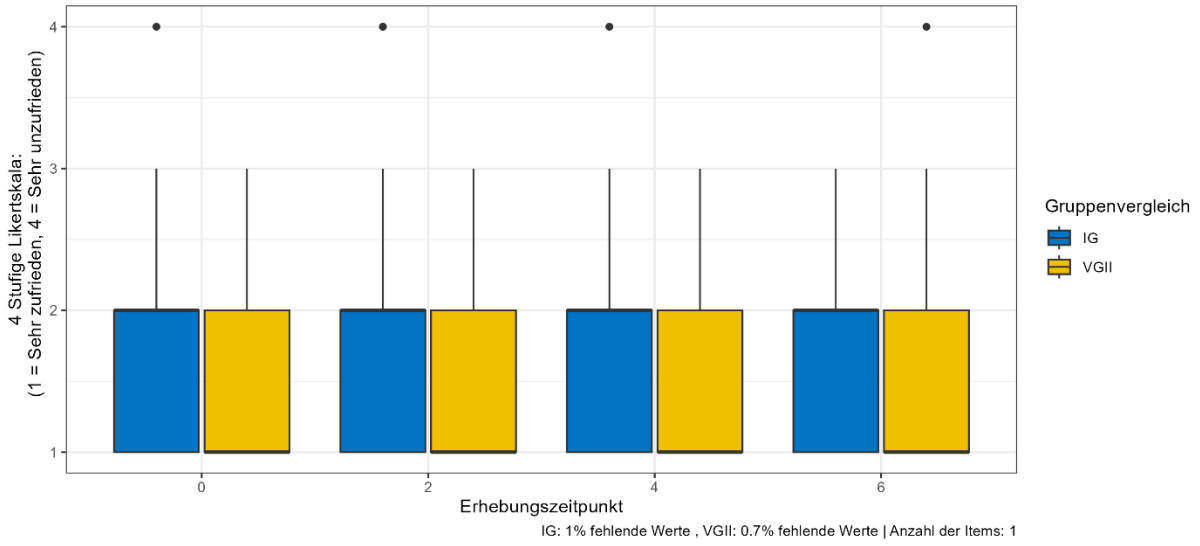


Abbildung 76: Verteilung der Zufriedenheit bzgl. Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) im Vergleich zwischen IG und VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte zur Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) sind in der IG über alle Erhebungszeitpunkte etwas höher als die der VG II. Allerdings zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) in der VG II über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt, während sich die Zufriedenheit in der IG über die Erhebungszeitpunkte hinweg verbessert (siehe Abbildung 77). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen bei ca. 1%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

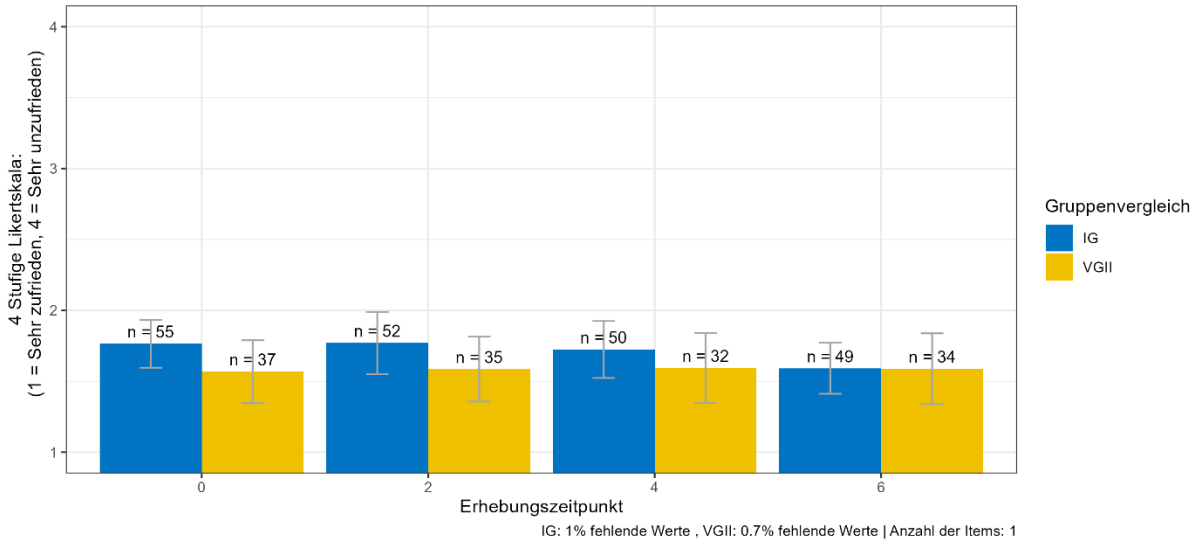


Abbildung 77: Mittlere Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 78 und Abbildung 79 stellen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) von Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (sehr zufrieden) und am 75. Perzentil bei 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich in den ersten Zeitpunkten in der C-RCT bei 2 (eher zufrieden) und sinkt zu T6 auf 1 (sehr zufrieden). In der VG I befinden sich die Medianwerte über drei der vier Zeitpunkte bei 2 (eher zufrieden). Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkten stabil in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 78).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

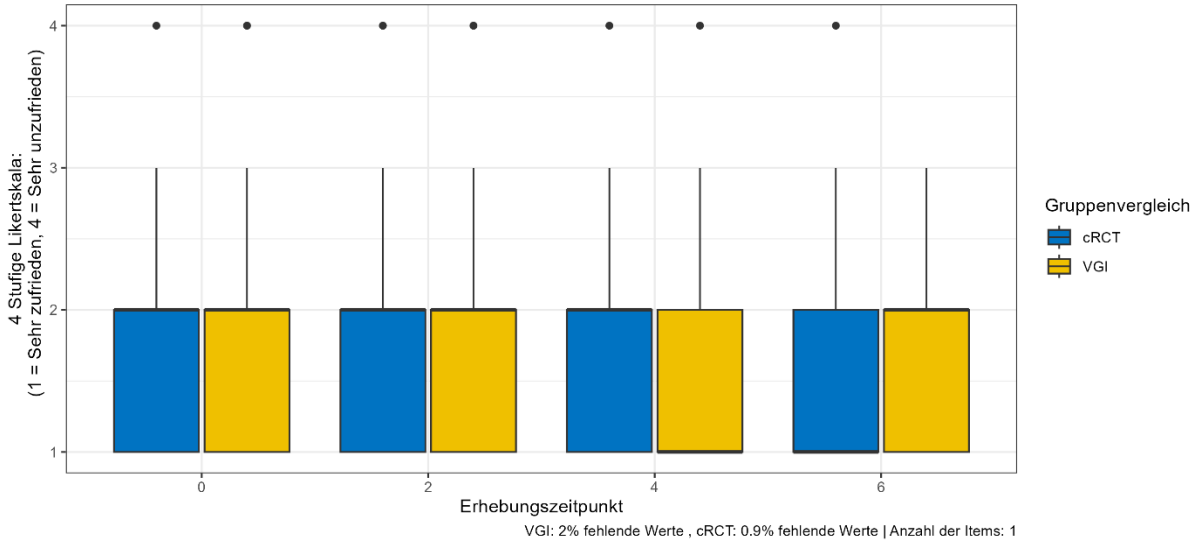


Abbildung 78:Verteilung der Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte zur Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) sind in der C-RCT über alle Erhebungszeitpunkten mit den Mittelwerten der VG I vergleichbar. Es zeigen sich zwischen C-RCT und VG I zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass sich die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) in beiden Gruppen ab T4 tendenziell verbessert (siehe Abbildung 79). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG I bei 2% und in der C-RCT bei 0,9%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

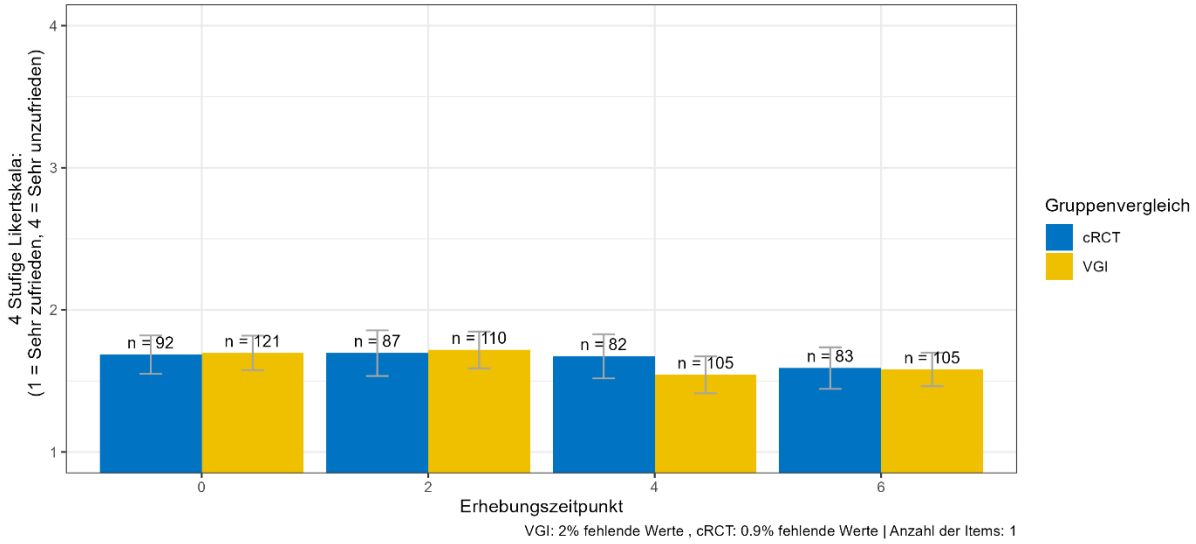


Abbildung 79: Mittlere Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung (allgemeine Zufriedenheit) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Vertrauen zum*zur Arzt*Ärztin

Abbildung 80 und Abbildung 81 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Vertrauen zum Arzt/zur Ärztin über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Das Vertrauen dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (…großes Vertrauen) und am 75. Perzentil bei 2 (…eher großes Vertrauen). Die Medianwerte des Vertrauens befinden sich zu den Erhebungszeitpunkten T0, T2 und T6 in der IG bei 1 (…großes Vertrauen) und zum Zeitpunkt T4 bei 2 (…eher großes Vertrauen). In der VG II befinden sich die Medianwerte über alle Zeitpunkte bei 1 (…großes Vertrauen). Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 80).

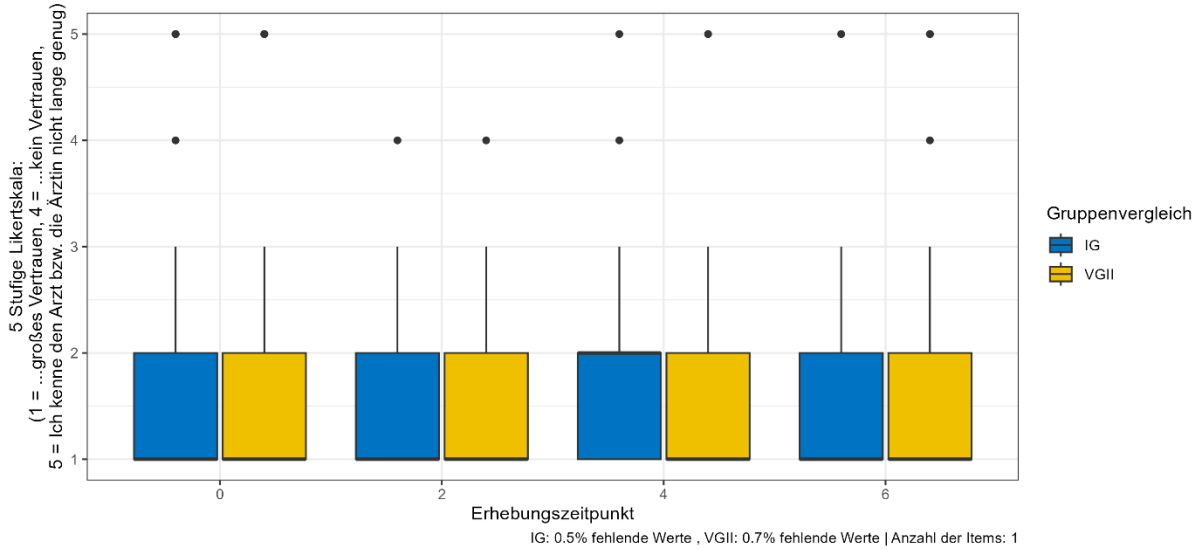


*Abbildung 80: Verteilung des Vertrauens von Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen nach Erhebungszeitpunkten im Vergleich zwischen IG und VG I*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte des Vertrauens zum*zur Arzt*Ärztin sind in den Gruppen über alle Erhebungszeitpunkte vergleichbar und liegen bei 1,5 (…eher großes Vertrauen). Es zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass das Vertrauen in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bleibt (siehe Abbildung 81). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen unter 1%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da das Vertrauen zum*zur Arzt*Ärztin durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 48 ist das Vertrauen zum*zur Arzt*Ärztin über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

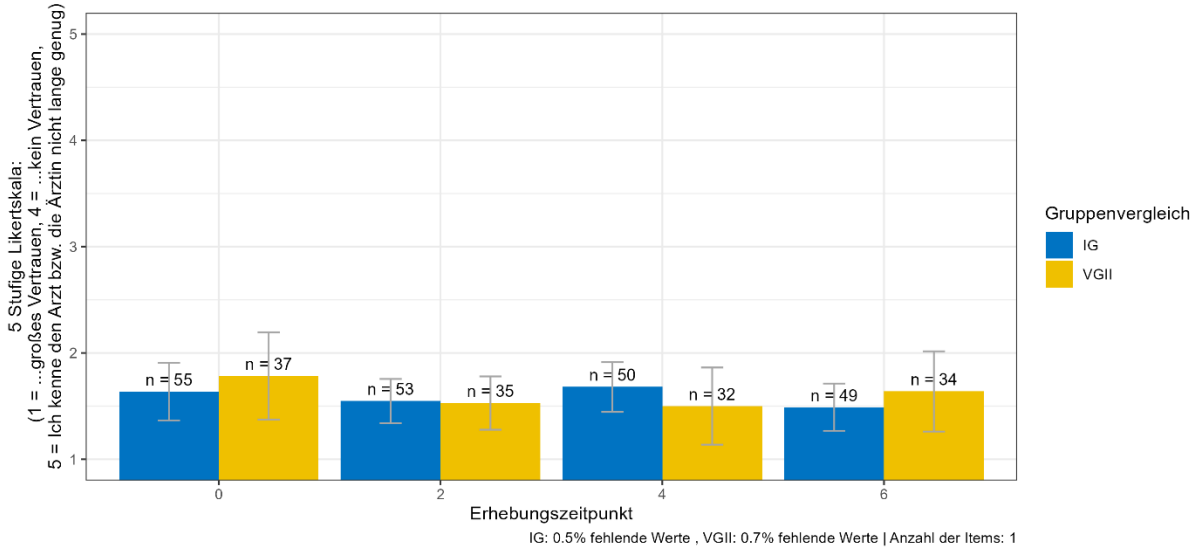


*Abbildung 81: Mittleres Vertrauen der Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II*

Abbildung 82 und Abbildung 83 stellen die Verteilung bzw. das mittlere Vertrauen zum Arzt/zur Ärztin von Patient*innen der C-RCT und VG I über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Das Vertrauen dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (…großes Vertrauen) und am 75. Perzentil bei 2 (…eher großes Vertrauen). Die Medianwerte des Vertrauens befinden sich zu allen Erhebungszeitpunkten in beiden Gruppen bei 1 (…großes Vertrauen). Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 82).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

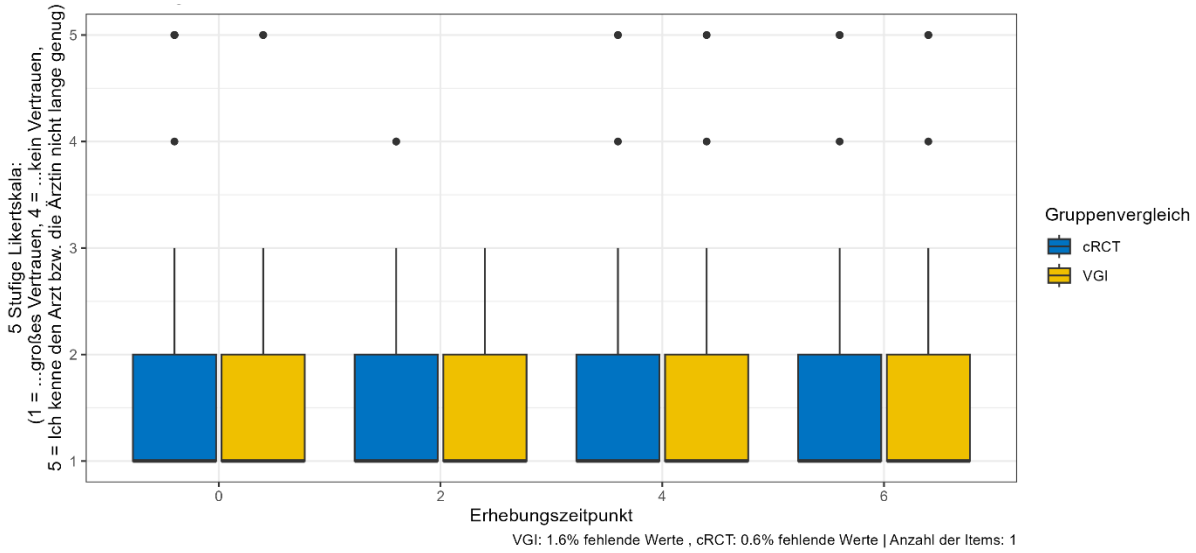


*Abbildung 82: Verteilung des Vertrauens von Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen nach Erhebungszeitpunkten im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte des Vertrauens zum*zur Arzt*Ärztin sind in der C-RCT über die Erhebungszeitpunkte T0 bis T4 leicht höher als in der VG I und gleichen sich zu T6 an. Es zeigen sich zwischen C-RCT und VG I zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass das Vertrauen in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bei 1,5 (…eher großes Vertrauen) bleibt (siehe Abbildung 83). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der C-RCT bei 0,6% und in der VG I bei 1,6%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da das Vertrauen zum Arzt/zur Ärztin durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 49 ist das Vertrauen zum Arzt/zur Ärztin über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

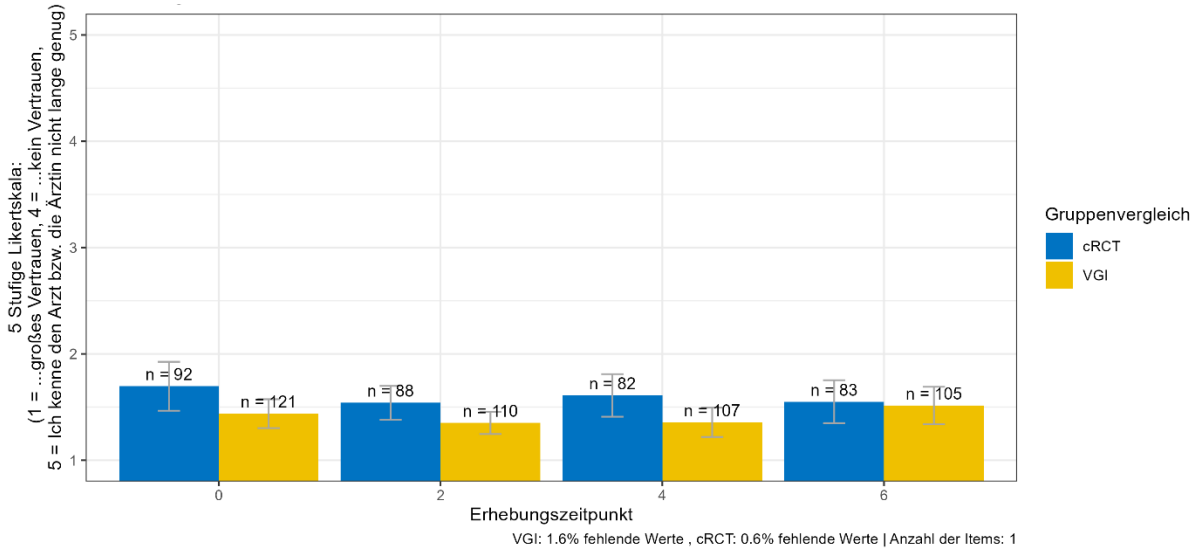


*Abbildung 83: Mittleres Vertrauen der Patient*innen gegenüber ihren Ärzt*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einschätzung der Behandlungsqualität

Abbildung 84 und Abbildung 85 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Behandlungsqualität über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die eingeschätzte Behandlungsqualität dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (…sehr hoch) und am 75. Perzentil bei 2 (…eher hoch). Die Medianwerte der Behandlungsqualität befinden sich zu den Erhebungszeitpunkten T0 und T4 in der IG bei 2 (…eher hoch) und zu den Zeitpunkten T2 und T6 bei 1 (…sehr hoch). In der VG II befinden sich die Medianwerte in drei der vier Zeitpunkte bei 1 (…sehr hoch). Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte in der unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 84).

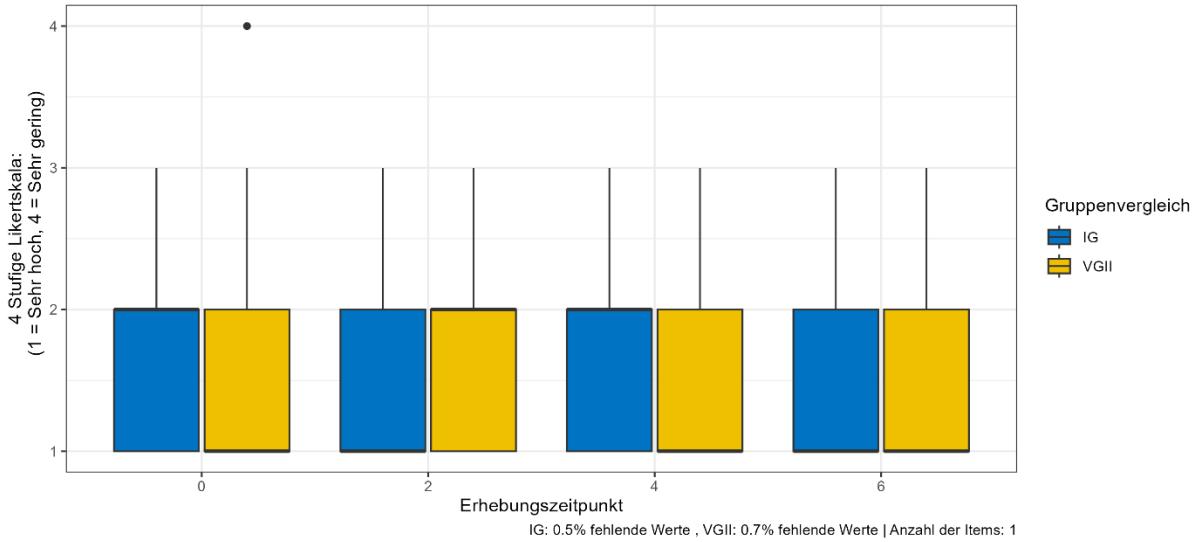


*Abbildung 84: Verteilung der eingeschätzten Behandlungsqualität von Patient*innen nach Erhebungszeitpunkten zwischen IG und VG II*

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte der eingeschätzten Behandlungsqualität sind in den beiden Gruppen zum Zeitpunkt T0 vergleichbar bei 1,5 (eher hoch), während der Mittelwert der VG II zu T6 leicht niedriger ist. Es zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die eingeschätzte Behandlungsqualität in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bei 1,5 (…eher hoch) bleibt (siehe Abbildung 85). Der Anteil der fehlenden Werte lag in beiden Gruppen unter 1%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Behandlungsqualität durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität über alle Patient*innen der Gruppen IG und VG II und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

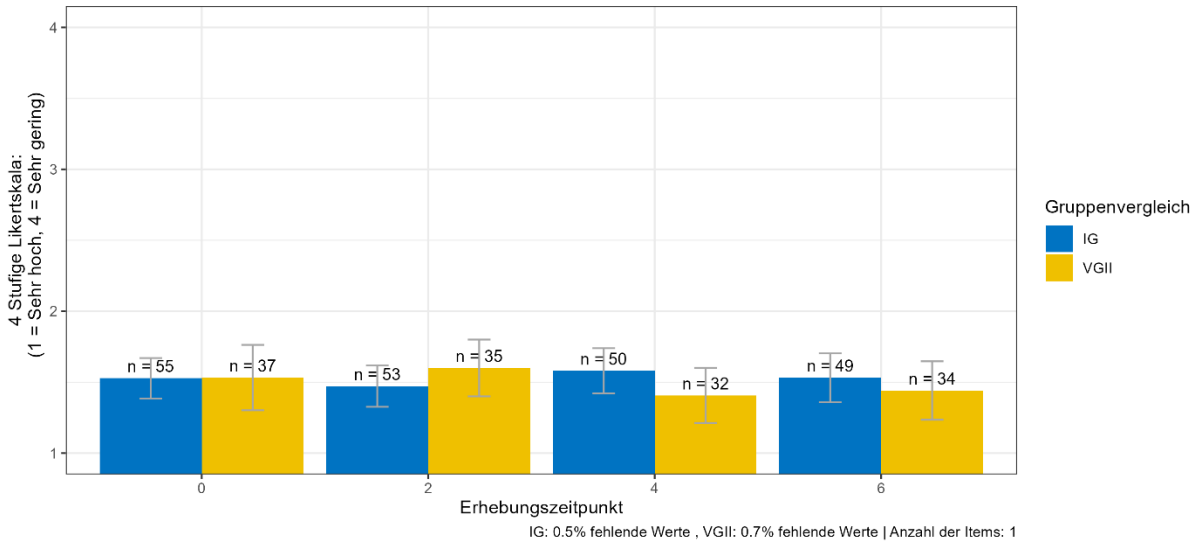


*Abbildung 85: Mittlere eingeschätzte Behandlungsqualität von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II*

Abbildung 86 und Abbildung 87 zeigen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität von Patient*innen der C-RCT sowie der VG I über den Follow-up-Verlauf. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (…sehr hoch) und am 75. Perzentil bei 2 (…eher hoch). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich zu allen Erhebungszeitpunkten in beiden Gruppen bei 1 (…sehr hoch). Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 86).

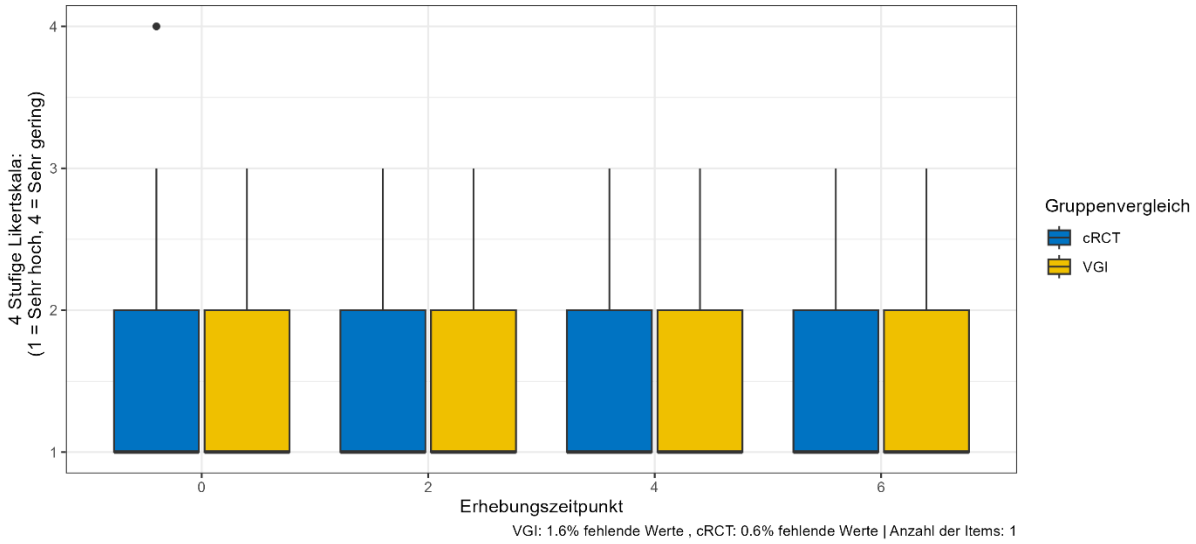


*Abbildung 86: Verteilung der eingeschätzten Behandlungsqualität von Patient*innen nach Erhebungszeitpunkten zwischen C-RCT und VG I*

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität sind in der C-RCT über alle Erhebungszeitpunkte leicht höher, als in der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

VG I. Es zeigen sich zwischen C-RCT und VG I zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Behandlungsqualität in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bei 1,5 (…eher hoch) bleibt (siehe Abbildung 87). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der C-RCT bei 0,6% und in der VG I bei 1,6%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

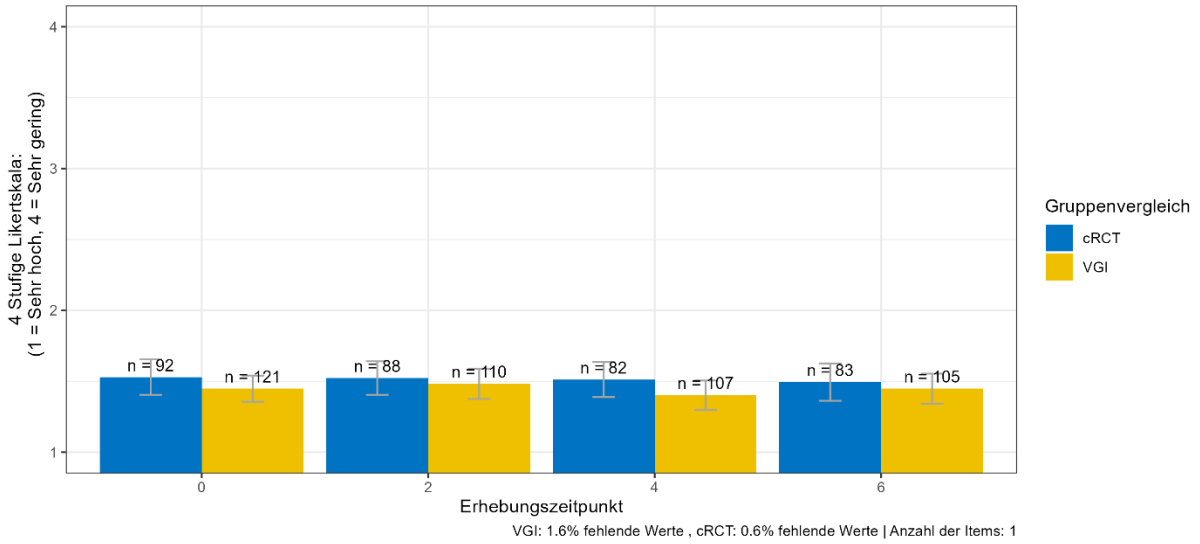


*Abbildung 87: Mittlere eingeschätzte Behandlungsqualität von Patient*innen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin insgesamt

Abbildung 88 und Abbildung 89 stellen die Verteilung bzw. die mittlere von Patient*innen der ITT-Analysepopulation bewertete Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin insgesamt über den Follow-up-Verlauf dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die eingeschätzte Zufriedenheit dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg am 25. Perzentil bei 1 (…sehr hoch) und am 75. Perzentil bei 2 (…eher hoch). Die Medianwerte der Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin sind zu allen Erhebungszeitpunkten und in beiden Gruppen bei 1 (…sehr hoch). Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 88).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

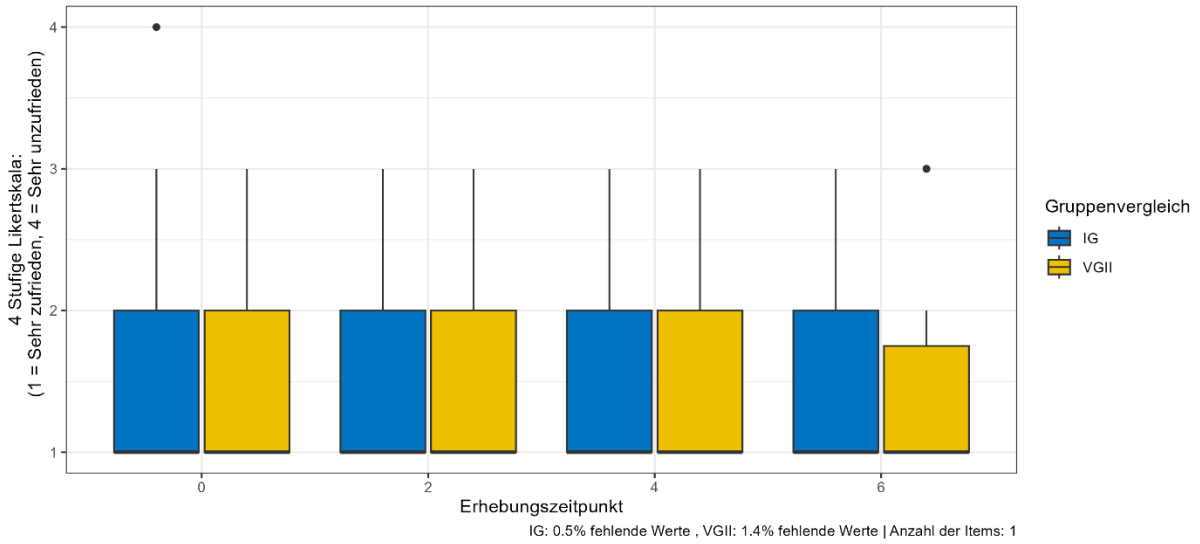


Abbildung 88: Verteilung der Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin (insgesamt) im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 55 Patient*innen der IG und 37 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte der eingeschätzten Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin sind in den beiden Gruppen zu den Zeitpunkten T0 und T1 vergleichbar bei 1,5 (eher hoch), während die Mittelwerte der VG II zu T4 und T6 leicht niedriger sind. Es zeigen sich zwischen IG und VG II zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bei 1,5 (…eher hoch) bleibt (siehe Abbildung 89). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der VG II bei 1,4 und in der IG bei 0,4%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Zufriedenheit durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 48 ist die Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin über alle Patient*innen der Gruppen IG und VG II und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

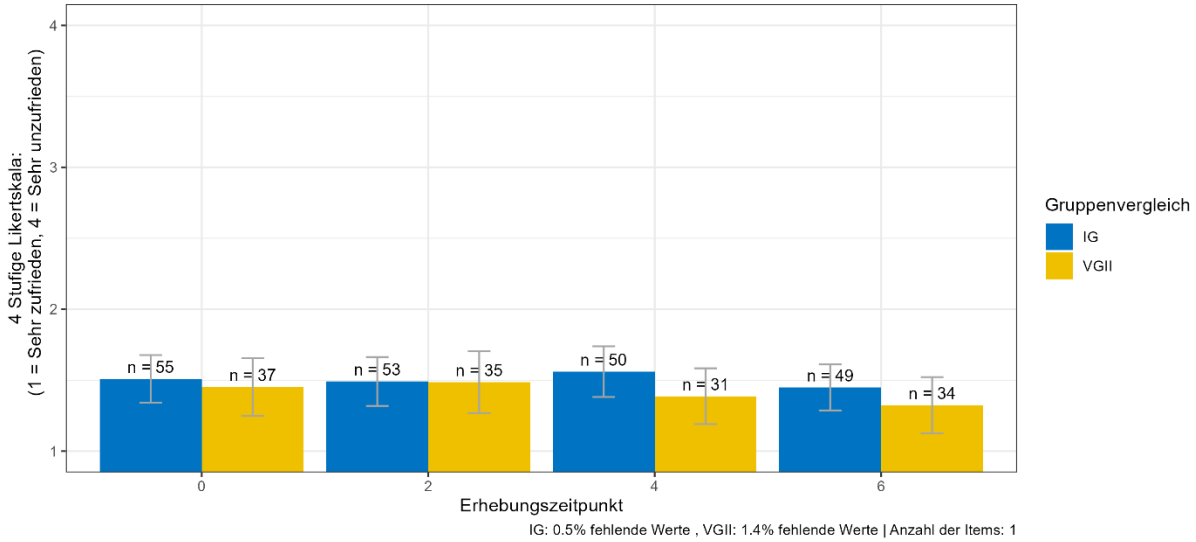


Abbildung 89: Mittlere Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin (insgesamt) und 95%-Konfindenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 90 und Abbildung 91 zeigen die Verteilung bzw. die mittlere Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin von Patient*innen der C-RCT sowie der VG I über den Follow-up-Verlauf. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben. Die Zufriedenheit dieser Population liegt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg, in beiden Gruppen am 25. Perzentil bei 1 (…sehr hoch) und am 75. Perzentil bei 2 (…eher hoch). Die Medianwerte der Zufriedenheit befinden sich zu allen Erhebungszeitpunkten in beiden Gruppen bei 1 (…sehr hoch) Die Medianwerte liegen über alle Gruppen und Erhebungszeitpunkte stabil im unteren Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 90).

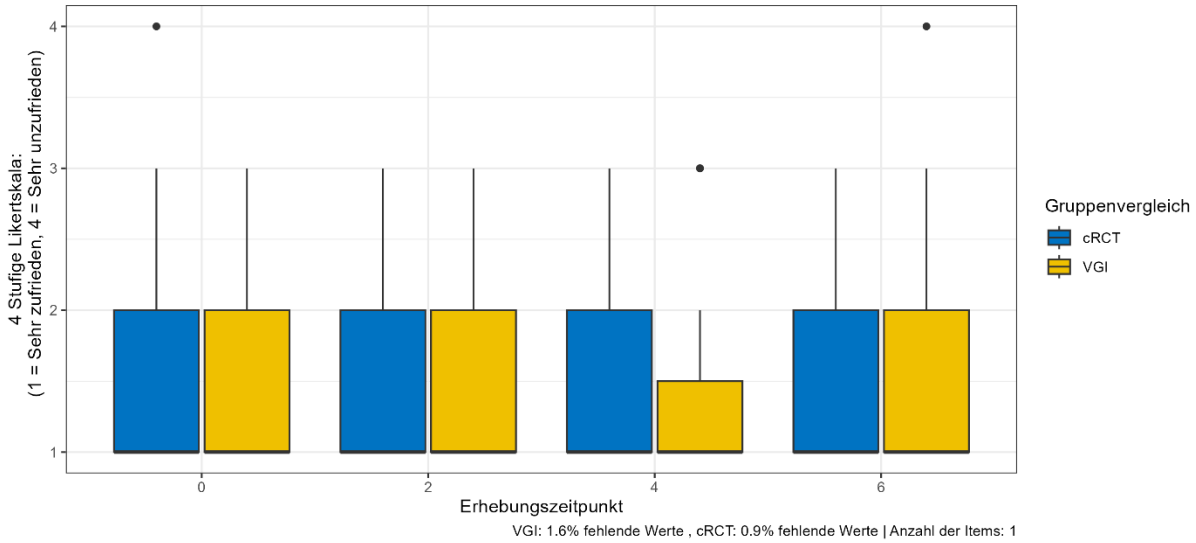


Abbildung 90: Verteilung der Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin (insgesamt) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 92 Patient*innen der C-RCT und 121 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin sind in der C-RCT zu den Zeitpunkten T0 bis T4 leicht höher als in der VG I und

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

gleichen sich zu T6 an. Es zeigen sich zwischen C-RCT und VG I zu jedem Erhebungszeitpunkt Überschneidungen der Konfidenzintervalle. Damit bilden sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede ab. Die Daten deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit in den Gruppen über die Beobachtungszeit tendenziell stabil bei 1,5 (…eher hoch) bleibt (siehe Abbildung 91). Der Anteil der fehlenden Werte lag in der C-RCT bei 0,9% und in der VG I bei 1,6%. Eine Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) erfolgte nicht, da die Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin durch ein Einzelitem erhoben wurde. In Anlage 12 Tabelle 49 ist die Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I und Zeitpunkte abgebildet. Die Daten zeigen ein ähnliches Muster.

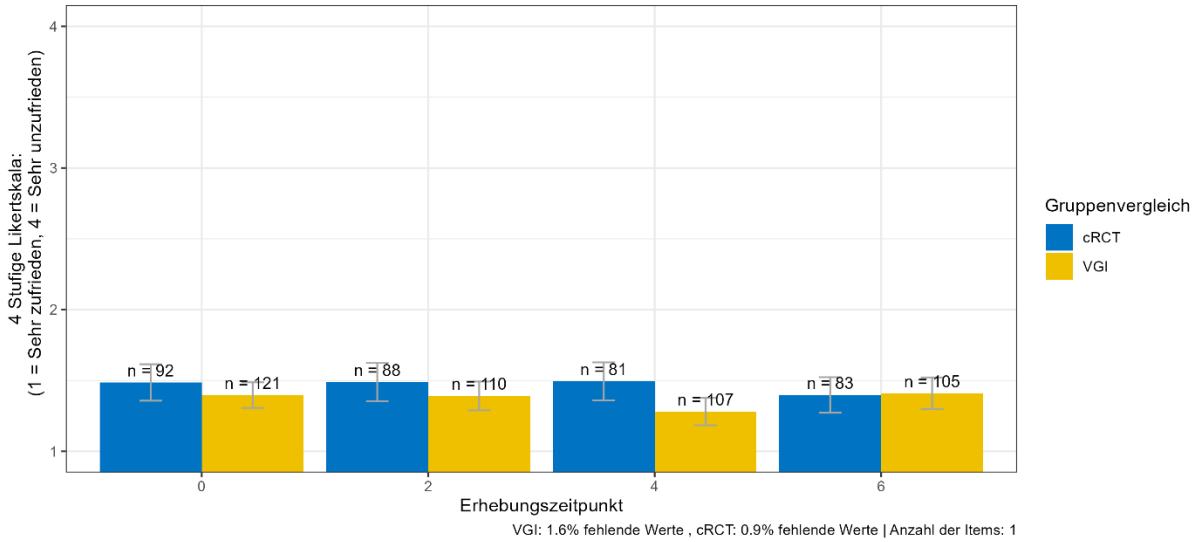


*Abbildung 91: Mittlere Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin (insgesamt) und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

3.2 Prozessevaluation

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den verschiedenen Datenquellen (bspw. Interviews, schriftliche Befragungen und Daten des eCRF) anhand der Dimensionen des RE-AIM-Modells dargestellt.

3.2.1 Reach

3.2.1.1 Interviews mit Patient*innen (der IG)

Insgesamt wurden 39 Interviews mit Patient*innen der IG durchgeführt (13 Interviews zum Messzeitpunkt T2, 14 zu T4 und 12 zu T6). Darunter befanden sich ein Pre-Test des Interviewleitfadens (T2) mit einer Patientin der VG II sowie eine Patientin zu T4, bei der die ursprünglich interviewte Patientin aus gesundheitlichen Gründen durch eine andere ersetzt wurde, um die Längsschnittperspektive mit einem weiteren späteren Interview zu erhalten. Diese beiden Interviews gingen nicht in die Auswertung ein, sodass insgesamt 37 Interviews berücksichtigt wurden.

Von den eingeschlossenen Patient*innen konnten zehn zu allen drei Interviewzeitpunkten erhoben werden, eine Patientin zu zwei Zeitpunkten und fünf Patient*innen jeweils nur zu

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

einem Zeitpunkt. Somit basieren die 37 ausgewerteten Interviews auf insgesamt 16 Patient*innen. Sieben der Interviewteilnehmenden waren weiblich, neun männlich.

Die Interviewdauer variierte zwischen 3 und 53 Minuten (Mittelwert: ca. 15 Minuten). Vier der 16 Patient*innen wurden während der Studie in niedergelassenen Einrichtungen betreut, sieben in Kliniken und fünf in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Eine Übersicht über die geführten Interviews sowie die erreichten Merkmalskombinationen der IG-Patient*innen befindet sich im Folgenden:

1.Erhebungszeitpunkt -- T2

Einrichtungsart	Geschlecht	Alter	Patient*in
M	W	< 60	
M	W	60-70	
M	W	> 70	
M	M	< 60	P1
M	M	60-70	
M	M	> 70	P9
N	W	< 60	
N	W	60-70	P7
N	W	> 70	P12
N	M	< 60	
N	M	60-70	P3
N	M	> 70	P2
K	W	< 60	P10
K	W	60-70	P8
K	W	> 70	P5
K	M	< 60	P6
K	M	60-70	P11
K	M	> 70	P4

2.Erhebungszeitpunkt -- T4

				Längsschnitt
M	W	< 60		
M	W	60-70	P15	
M	W	> 70	P14	
M	M	< 60	P1	X
M	M	60-70		
M	M	> 70		
N	W	< 60		
N	W	60-70	P7	X
N	W	> 70	P12	X
N	M	< 60		
N	M	60-70	P3	X
N	M	> 70	P2	X
K	W	< 60	P10	X
K	W	60-70	P8	X
K	W	> 70	P5	X
K	M	< 60	P6	X
K	M	60-70	P13	
K	M	> 70	P4	X

3.Erhebungszeitpunkt -- T6

				Längsschnitt
M	W	< 60		
M	W	60-70	P15	
M	W	> 70		
M	M	< 60	P1	X
M	M	60-70		
M	M	> 70	P16	
N	W	< 60		
N	W	60-70	P7	X
N	W	> 70	P12	X
N	M	< 60		
N	M	60-70	P3	X
N	M	> 70	P2	X
K	W	< 60	P10	X
K	W	60-70	P8	X
K	W	> 70	P5	X
K	M	< 60	P6	X
K	M	60-70		
K	M	> 70	P4	X

Legende
kein*e Patient*in verfügbar
Patient (M)
Patientin (W)

Abbildung 92: Übersicht Stichprobe der Patienteninterviews in der IG

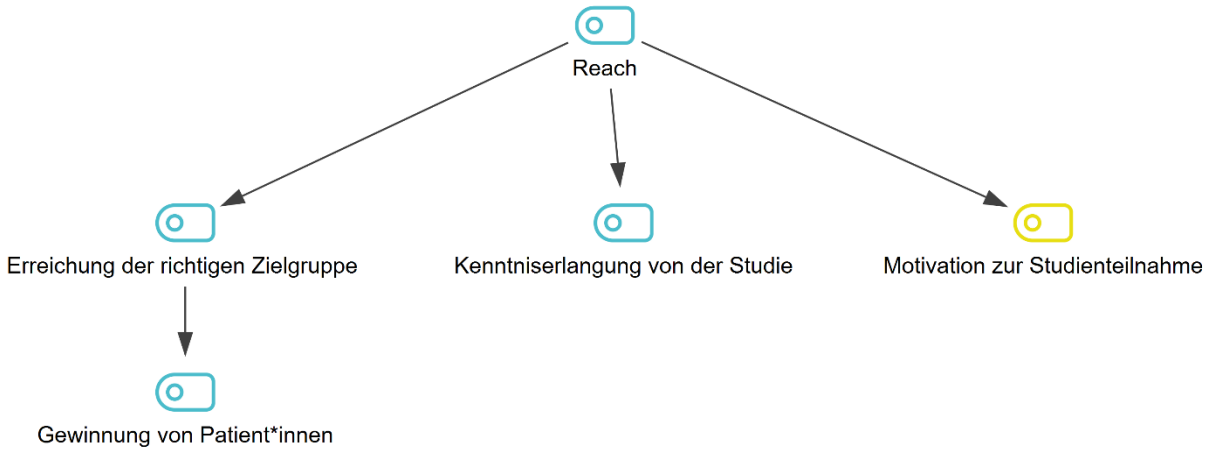


Abbildung 93: Oberkategorie „Reach“ und Unterkategorien der Patienteninterviews

Im Rahmen der Interviews und der Reach (Abbildung 93) berichteten **Patient*innen** von verschiedenen Wegen, **wie sie auf die Studie aufmerksam gemacht und damit erreicht wurden**. Die meisten der Interviewten wurden unmittelbar durch den*die behandelnde*n Arzt*Ärztin angesprochen (*„Da ist die /. Das war im Zuge des Gesprächs ist, die die Ärztin auf uns zugekommen haben, (ob man?) an dieser Studie teilnehmen möchte.“ (P1, T2, Pos. 82)* bzw. durch das sonstige (nichtärztliche) Gesundheitspersonal der Einrichtung, insb. dem*der OncoCoach*in: *„Von der Onkologie. Also ich wurde angesprochen, ob ich da mitmachen würde.“ (P4, T2, Pos. 69), „… Durch die Schwester.“ (P5, T2, Pos. 91), „Durch den OncoCoach.“ (P6, T2, Pos. 58).* Der Großteil der Interviewten berichtete, dass für sie die Studienteilnahme durch nichts Konkretes (bspw. eine bestimmte Information) attraktiv(er) wurde. Ein*e

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient*in gab an, dass er*sie die Betreuung attraktiv fand zur Teilnahme an OnCoPaTh sowie die weiteren Möglichkeiten für Informationen: *„Ja, einfach die die Betreuung. Also das halt, dass ich die Möglichkeit habe, wenn ich Fragen habe. Wenn es jetzt mal um die Betreuung geht oder wenn es mir schlecht geht ne oder an wen ich mich wenden kann über irgendwelche - Ich könnte auch in eine Gesprächsrunde, wenn ich möchte teilnehmen und so verschiedene verschiedene Dinge mir aufgezeigt, was möglich wäre ne.“ (P12, T2, Pos. 131).*

Hinsichtlich der Frage, ob die Patient*innen aus ihrer Sicht der Meinung waren, dass mit ihnen die **richtige Zielgruppe für die Studie angesprochen** wurde, äußerte eine Person, dass man die Patient*innen hinsichtlich ihres Krankheitsstatus hätte weiter differenzieren sollen: *„P: Ich bin mir nicht ganz sicher. Vielleicht sollte man das ein bisschen, ich hatte es schon angedeutet, ein bisschen unterscheiden in Leute, die wo der Krebs schon fortgeschrittener ist und Leute, wo es gerade erst anfängt. Das sind, glaube ich, zwei, zwei ganz unterschiedliche Zielgruppen. […] … Auch die Probleme sind ganz andere, glaube ich.“ #00:13:38-3# (P4, T6, Pos. 139-141).* Eine*r der Interviewten erwähnte, dass die Fragen trotz der verschiedenen Krebsentitäten allgemein gültig waren: *„P: Ja, ich denke mal durch die Frage, die sind ja schon gezielt auf die auf den Krebs. (...) Klar, jeder, jeder hat einen anderen Krebs aber ich denke, dass die Frage auf alle zutreffen. Weil es ist nicht nur ein bestimmter bestimmter Krebs, Lungenkrebs oder irgend sonst. Es ist ja mehr so allgemein.“ #00:10:56-5# (P7, T6, Pos. 110).* Ein Großteil der Patient*innen stimmte prinzipiell zu und glaubte, dass die richtige Zielgruppe mit der Studie angesprochen wurde: *„P: Also das glaube ich schon. Ich glaube das auf jeden Fall.“ #00:16:55-4# (P8, T6, Pos. 102)* oder *„P: Ich denke schon. Ja.“ #00:12:11-9# (P1, T6, Pos. 94).* Zum Teil fanden die Patient*innen die Frage *„schwer zu beurteilen“ (P3, T6, Pos. 117).*

Zur weiteren **Gewinnung von Patient*innen für die Studie** berichteten Interviewte, dass eine größere Reichweite ggf. durch die vermehrte Ansprache von Onkolog*innen hätte erzielt werden können: *„P: Ganz einfach indem man mehr Werbung bei den Onkologen selbst macht. (...) So kann ich das beurteilen. Ich wurde von meinem Onkologen angesprochen.“ #00:14:12-5# (P4, T6, Pos. 145)* oder auch durch die ausgebildeten OncoCoach*innen, die in ihrer Rolle Werbung machen: *„P: […] darüber offen darüber reden müsste das, was man innerhalb von der Onkologie das da eine sagt, ja ich bin so eine Studie, dass man da/ Aber da war ja nie/ Redet man eigentlich nicht drüber.“ (P12, T6, Pos. 138)*, sodass das rekrutierende Personal stärker hinsichtlich einer Rekrutierung sensibilisiert wird. Eine gute Aufklärung im persönlichen Gespräch: *„P: […] Ja, manchmal ist es auch Unsicherheit, wenn man so was nicht macht, weil man nicht weiß, was auf einen zukommt. Aber ICH bin so gut beraten worden, dass ich mich gleich beim ersten Gespräch dafür entschieden habe.“ #00:11:31-0# (P7, T6, Pos. 114)*, auch, um ggf. vorhandener Angst bzw. Rückhaltung entgegenzuwirken: *„P: Ja, so dass die Ängste kann man nehmen, das kann man durch ein größeres/ Also wenn Sie da wie gesagt mal so ein, so ein so ein Infotag da machen, können Sie die Ängste nehmen.“ (P5, T6, Pos. 175)*, wurde ebenfalls als sinnvoll erachtet.

3.2.1.2 Schriftliche Befragungen – Patient*innen

<u>IG vs. VG II</u>

Die charakterisierenden und krankheitsspezifischen Eigenschaften der Patient*innen, wie Alter, Geschlecht und Krankheitssituation, sind für die VG II und die IG in Kapitel 3.1.2.2 dargestellt. Die Patient*innen der Analysepopulation im Gruppenvergleich zwischen IG und VG II (n = 149) waren überwiegend verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft (68%).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Lediglich 7% waren ledig, 12% verwitwet und 9% geschieden. Ein Großteil der Patient*innen (83%) hatte Kinder. Hinsichtlich der Unterstützung durch das soziale Umfeld berichteten fast alle, sich „meistens“ oder „jederzeit“ unterstützt zu fühlen (94%), wobei 79% „jederzeit“ Unterstützung angaben. Bei mehr als der Hälfte (56%) lag eine Krebserkrankung bei Familienangehörigen vor.

Der höchste Schulabschluss lag in der Gesamtgruppe überwiegend im Bereich Haupt- oder Realschule (72%), 10% hatten Abitur und 15% ein abgeschlossenes Studium. Analog dazu verfügten 54% über eine abgeschlossene Berufsausbildung, 12% über einen Fachhochschulabschluss und 7% über ein Universitätsstudium, während 11% keinen Berufsabschluss hatten. Die Mehrheit der Befragten befand sich im Ruhestand (56%), gefolgt von Patient*innen, die krankgeschrieben oder arbeitsunfähig waren (23%). Nur 8% waren noch in Vollzeit tätig. Die Behandlungsdauer in der Einrichtung war zumeist kurz: 44% waren erstmals vor Ort, weitere 40% seit weniger als einem Jahr.

Zwischen IG und VG II zeigten sich nur geringe Unterschiede. In der IG waren etwas mehr Personen geschieden (15% vs. 3%), während in der VG II mehr Verwitwete vertreten waren (15% vs. 10%). Bezüglich des Bildungsniveaus wies die VG II häufiger Abiturabschlüsse auf (15% vs. 6%), während die IG stärker in Haupt- und Realschulabschlüssen vertreten war. Hinsichtlich des beruflichen Status waren in der IG mehr Patient*innen noch im Erwerbsleben (Vollzeit 10% vs. 6%), während in der VG II ein größerer Anteil bereits im Ruhestand war (60% vs. 52%). Unterschiede in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung waren gering. Beide Gruppen berichteten von einem sehr hohen Unterstützungsniveau. Auch die Behandlungsdauer war vergleichbar, wobei die IG etwas häufiger erstmals in der Einrichtung war (47% vs. 40%). Soziodemografische Angaben der Patient*innen der VG II und IG sind in Tabelle 38 zusammengefasst.

*Tabelle 38: Soziodemografische Angaben der Patient*innen im Vergleich zwischen IG und VG II in der ITT-Analysepopulation*

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	**N**	**Gesamt** N = 149	**IG** N = 81	**VG II** N = 68
Derzeitiger Familienstand	146			
Ledig (nie verheiratet)		10 (6,7%)	6 (7,4%)	4 (5,8%)
Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft		101 (68%)	53 (65%)	48 (71%)
Getrennt lebend		3 (2,0%)	1 (1,2%)	2 (2,9%)
Geschieden		14 (9,4%)	12 (15%)	2 (2,9%)
Verwitwet		18 (12%)	8 (10%)	10 (15%)
Unbekannt		3 (2,0%)	1 (1,2%)	2 (2,9%)
Kinder	143			
Ja		123 (83%)	66 (81%)	57 (84%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	N	Gesamt N = 149	IG N = 81	VG II N = 68
Nein		20 (14%)	11 (14%)	9 (13%)
Unbekannt		6 (4,0%)	4 (4,9%)	2 (2,9%)
Anzahl Söhne	87			
1 Sohn		62 (50%)	37 (56%)	25 (44%)
2 Söhne		21 (17%)	10 (15%)	11 (19%)
Mehr als 3 Söhne		4 (3,3%)	2 (3,0%)	2 (3,5%)
Unbekannt		36 (29%)	17 (26%)	19 (33%)
Anzahl Töchter	79			
1 Tochter		50 (41%)	30 (45%)	20 (35%)
2 Töchter		25 (20%)	12 (18%)	13 (23%)
Mehr als 3 Töchter		4 (3,3%)	2 (3,0%)	2 (3,5%)
Unbekannt		44 (36%)	22 (33%)	22 (39%)
Empfindung Unterstützung soziales Umfeld	147			
Gar nicht		3 (2%)	2 (2,5%)	1 (1,5%)
Selten		1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1,5%)
Manchmal		4 (2,7%)	3 (3,7%)	1 (1,5%)
Meistens		22 (15%)	14 (17%)	8 (12%)
Jederzeit		117 (79%)	61 (75%)	56 (82%)
Unbekannt		2 (1,3%)	1 (1,2%)	1 (1,5%)
Feststellung Krebserkrankung bei Familienangehörigen	146			
Ja		83 (56%)	45 (56%)	38 (56%)
Nein		63 (42%)	35 (43%)	28 (41%)
Unbekannt		3 (2%)	1 (1,2%)	2 (2,9%)
Höchster Schulabschluss	146			
Kein Schulabschluss		1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1,5%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	N	Gesamt N = 149	IG N = 81	VG II N = 68
Sonder-/Förderschule		1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1,5%)
Hauptschule		56 (38%)	32 (40%)	24 (35%)
Realschule		51 (34%)	31 (38%)	20 (29%)
Gymnasium		15 (10%)	5 (6,2%)	10 (15%)
abgeschlossenes Studium		22 (15%)	12 (15%)	10 (15%)
Unbekannt		3 (2%)	1 (1,2%)	2 (2,9%)
Höchster Berufsabschluss	144			
Keine abgeschlossene Berufsausbildung		16 (11%)	6 (7,4%)	10 (15%)
Lehre/Ausbildung		80 (54%)	45 (56%)	35 (51%)
Meister/Fachschule		13 (8,7%)	8 (9,8%)	5 (7,4%)
Fachhochschule		18 (12%)	9 (11%)	9 (13%)
Universität		11 (7,4%)	6 (7,4%)	5 (7,4%)
Anderer		6 (4,0%)	5 (6,2%),	1 (1,5%)
Unbekannt		5 (3,4%)	2 (2,5%)	3 (4,4%)
Andere Berufsabschlüsse	6			
Handwerkliche Ausbildung (schulisch)		2 (33%)	2 (40%)	0 (0%)
Verwaltungsbeamter		1 (17%)	0 (0%)	1 (100%)
Landwirtschaftsschule		1 (17%)	1 (20%)	0 (0%)
Arbeiterin/ Bauvorarbeiter		2 (33%)	2 (40%)	0 (0%)
Derzeitiger Beschäftigungsstatus	143			
Vollzeit		12 (8,0%)	8 (10%)	4 (5,9%)
Teilzeit		7 (4,7%)	2 (2,5%)	5 (7,4%)
Arbeitslos/arbeitssuchend		2 (1,3%)	2 (2,5%)	0 (0%)
Hausfrau*mann/nicht berufstätig		4 (2,7%)	3 (3,7%)	1 (1,5%)
Krankgeschrieben/arbeitsunfähig		34 (23%)	19 (24%)	15 (22%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	N	Gesamt N = 149	IG N = 81	VG II N = 68
In Rente/Ruhestand		83 (56%)	42 (52%)	41 (60%)
Anderer		1 (0,7%)	1 (1,2%)	0 (0%)
Unbekannt		6 (4%)	4 (4,9%)	2 (2,9%)
Anderer Beschäftigungsstatus	1			
Selbstständig		1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)
Behandlungsdauer in dieser Einrichtung	145			
Ich war zum ersten Mal in dieser Einrichtung,		65 (44%)	38 (47%)	27 (40%)
Weniger als 1 Jahr		60 (40%)	28 (35%)	32 (47%)
1 bis 2 Jahre		9 (6,0%)	7 (8,6%)	2 (2,9%)
3 bis 5 Jahre		7 (4,7%)	3 (3,7%)	4 (5,9%)
Mehr als 5 Jahre		4 (2,7%)	3 (3,7%)	1 (1,5%)
Unbekannt		4 (2,7%)	2 (2,5%)	2 (2,9%)

Das Informationsverhalten der Patient*innen zeigt, dass das Internet mit 35 % den wichtigsten Informationskanal für Gesundheitsthemen darstellt, gefolgt von Fernsehen (27 %), Zeitungen (18 %) und Zeitschriften (15 %). Andere Informationsquellen spielen mit rund 5 % eine nachgeordnete Rolle. Hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit zeigt sich, dass fast die Hälfte der Patient*innen (44 %) das Internet täglich nutzt, weitere 29 % mehrmals pro Woche. Lediglich 13 % geben an, das Internet niemals zu verwenden.

Bezogen auf themenspezifische Recherchen berichten 28 % der Patient*innen bereits nach Informationen zu Komplementär- und Alternativmedizin gesucht zu haben, während die große Mehrheit (72 %) dies verneint. Das Thema „palliative Begleitung“ wurde bislang nur von einem kleinen Teil (knapp 9 %) aktiv recherchiert.

Zwischen IG und VG II zeigen sich teils deutliche Unterschiede. So nutzen Patient*innen der VG II häufiger das Internet als Informationsquelle (53 % vs. 35 % in der IG), während klassische Medien wie Fernsehen (29 % in der IG vs. 3,8 % in der VG II), Zeitungen (17 % vs. 28 %) und Zeitschriften (13 % vs. 25 %) in der VG II eine größere Rolle spielen. Auch die Internetnutzung selbst unterscheidet sich leicht: Während in der IG etwas mehr Patient*innen das Internet täglich verwenden (47 % vs. 40 %), ist in der VG II der Anteil wöchentlicher Nutzer*innen höher (34 % vs. 25 %).

Bei spezifischen Suchthemen zeigt sich, dass Patient*innen der IG deutlich häufiger nach Informationen zu Komplementär- und Alternativmedizin gesucht haben (37 % vs. 18 % in der VG II). Auch bei der Suche nach Informationen zur palliativen Begleitung liegen die Werte in

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

der IG höher (13 % vs. 4,5 %). Insgesamt deutet sich an, dass Patient*innen der IG stärker auf themenspezifische Recherchen zurückgreifen, während Patient*innen der VG II das Internet häufiger allgemein als Informationsquelle nutzen und gleichzeitig traditionelle Medien stärker berücksichtigen. Das Informationsverhalten der Patient*innen der VG II und IG ist in Tabelle 39 zusammengefasst.

*Tabelle 39: Angaben zum Informationsverhalten der Patient*innen im Vergleich zwischen IG und VG II in der ITT-Analysepopulation*

Informations-verhalten der Patient*innen	**N**	**Gesamt** N = 149[1]	**IG** N = 81[1]	**VG II** N = 68[1]
Welche der folgenden Medien nutzen Sie gewöhnlich, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren?				
Fernsehen		80 (27%)	46 (29%)	34 (3,8%)
Zeitung		52 (18%)	27 (17%)	25 (28%)
Zeitschrift		43 (15%)	21 (13%)	22 (25%)
Internet		102 (35%)	55 (35%)	47 (53%)
Andere		15 (5,1%)	7 (4,5%)	8 (9,0%)
Wie oft nutzen Sie das Internet?	141			
Niemals		18 (13%)	12 (16%)	6 (9,2%)
Mehrere Male im Monat		20 (14%)	9 (12%)	11 (17%)
Mehrere Male in der Woche		41 (29%)	19 (25%)	22 (34%)
Täglich		62 (44%)	36 (47%)	26 (40%)
Unbekannt		8	5	3
Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „Komplementär- und Alternativmedizin“ gesucht? (z.B. Vitamine und Pflanzenstoffe)				
	146			
Ja		41 (28%)	29 (37%)	12 (18%)
Nein		105 (72%)	50 (63%)	55 (82%)
Unbekannt		3	2	1

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Informations-verhalten der Patient*innen	N	Gesamt N = 149[1]	IG N = 81[1]	VG II N = 68[1]
Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „palliative Begleitung“ gesucht?				
	146			
Ja		13 (8,9%)	10 (13%)	3 (4,5%)
Nein		133 (91%)	69 (87%)	64 (96%)
Unbekannt		3	2	1

[1] N(%)

In Bezug auf die Bekanntheit von Krebsberatungsstellen gibt rund ein Drittel der Patient*innen (33–37 %) in IG und VG II an, eine Beratungsstelle zu kennen, die bei Bedarf aufgesucht werden könnte. Etwas geringer fällt dieser Anteil in der VG II aus (28 %). Die tatsächliche Inanspruchnahme entsprechender Angebote bleibt insgesamt niedrig: 16 % der Patient*innen der IG und 12 % der VG II berichten von bisherigen Nutzungserfahrungen.

Unter den Patient*innen mit Nutzungserfahrungen äußert sich etwa die Hälfte (52–55 %) zufrieden mit den Angeboten der Beratungsstellen. Demgegenüber zeigen sich kleinere Anteile unzufrieden (10–18 %), während ein Drittel der Befragten keine klare Einschätzung abgibt. Auch bei der thematischen Abdeckung der Beratung ergibt sich ein ähnliches Bild: Rund die Hälfte der Patient*innen (40–50 %) gibt an, alle wichtigen Themen besprechen zu können, 15–20 % sehen dies nicht gewährleistet und 30–50 % sind unentschlossen.

Bei den Gründen für die Nichtinanspruchnahme dominieren subjektive Faktoren. Rund ein Drittel der Patient*innen (30 %) sieht keinen eigenen Beratungsbedarf, weitere 32 % bezweifeln den persönlichen Nutzen einer Beratung. Strukturelle Barrieren spielen eine geringere Rolle: 21 % geben an, keine Beratungsstelle in ihrer Nähe zu kennen, 3–5 % berichten von Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit. Probleme wie Wartezeiten oder unpassende Öffnungszeiten treten kaum in Erscheinung.

Zwischen IG und VG II zeigen sich nur geringe Unterschiede. Während der Anteil der Beratungsstellenbekanntheit in der IG etwas höher liegt (37 % vs. 28 %), berichten Patient*innen der VG II tendenziell häufiger von fehlender Kenntnis wohnortnaher Angebote (24 % vs. 18 % in der IG). Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung sowie bei den Gründen für die Nichtinanspruchnahme sind insgesamt marginal. Die Nutzung von Angeboten der Krebsberatungsstellen der Patient*innen der VG II und IG ist in Tabelle 40 zusammengefasst.

Tabelle 40: Patientenangaben zur Inanspruchnahme von Krebsberatungsstellen im Vergleich zwischen IG und VG II in der ITT-Analysepopulation

Inanspruch-nahme von Krebsberatungsstellen	N	Gesamt N = 149	IG N = 81	VG II N = 68

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ist Ihnen eine Krebsberatungsstelle bekannt, die Sie bei Beratungsbedarf aufsuchen können?				
Ja	140	46 (33%)	28 (37%)	18 (28%)
Haben Sie in der Vergangenheit Angebote einer Krebsberatungsstelle in Anspruch genommen?				
Ja	88	14 (16%)	9 (20%)	5 (12%)
Waren Sie mit dem Angebot der Krebsberatungsstelle zufrieden?				
	21			
Ja		11 (52%)	5 (50%)	6 (55%)
Nein		3 (14%)	1 (10%)	2 (18%)
Weiß nicht		7 (33%)	4 (40%)	3 (27%)
Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind in der Beratung besprechen?				
	20			
Ja		9 (45%)	4 (40%)	5 (50%)
Nein		3 (15%)	1 (10%)	2 (20%)
Weiß nicht		8 (40%)	5 (50%)	3 (30%)
Warum haben Sie bisher kein Angebot von Krebsberatungsstellen in Anspruch genommen?				
Ich benötige keine Beratung.		39 (30%)	20 (30%)	19 (30%)
Ich habe nicht das Gefühl, dass mir die Beratung etwas bringen würde.		42 (32%)	22 (33%)	20 (32%)
Mir ist keine Krebsberatungsstelle in meiner Nähe bekannt.		27 (21%)	12 (18%)	15 (24%)
Die nächste Krebsberatungsstelle ist zu weit von meinem Wohnort entfernt oder für mich schwer zu erreichen.		5 (3,8%)	2 (3,0%)	3 (4,8%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Es ist schwer eine*n Ansprechpartner*in in der Beratungsstelle zu erreichen oder einen Termin zu vereinbaren.	2 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,6%)
Die Wartezeit für einen Beratungstermin ist mir zu lang.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Die Öffnungszeiten der Beratungsstelle lassen sich nicht gut mit meinem Alltag vereinbaren.	2 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,6%)
Sonstiger Grund	13 (1,0%)	9 (13%)	4 (6,3%)

Abbildung 94 und Abbildung 95 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte des Aufklärungsbedürfnisses der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Das Aufklärungsbedürfnis dieser Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil zwischen 3,5 und 3,75 und am 75. Perzentil bei 4. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei 4, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 94).

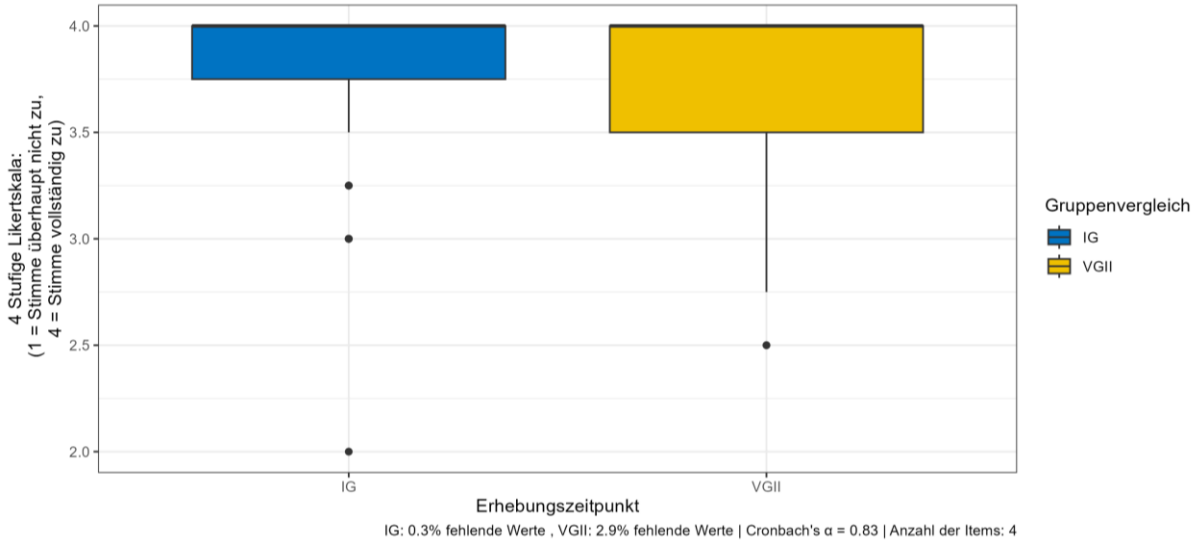


Abbildung 94: Verteilung des Aufklärungsbedürfnisses im Vergleich zwischen IG und VG II

Für insgesamt 81 Patient*innen der IG und 66 Patient*innen der VG II wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Das mittlere Aufklärungsbedürfnis zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der IG und der VG II vergleichbar und liegt bei 3,75 (Stimme vollständig zu). Zwischen IG und VG II zeigen sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 95). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der IG unter 1% und in

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

der VG II bei ca. 3%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,83 als gut eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 1 und 2 sind die Verteilung und Mittelwerte des Aufklärungsbedürfnisses über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

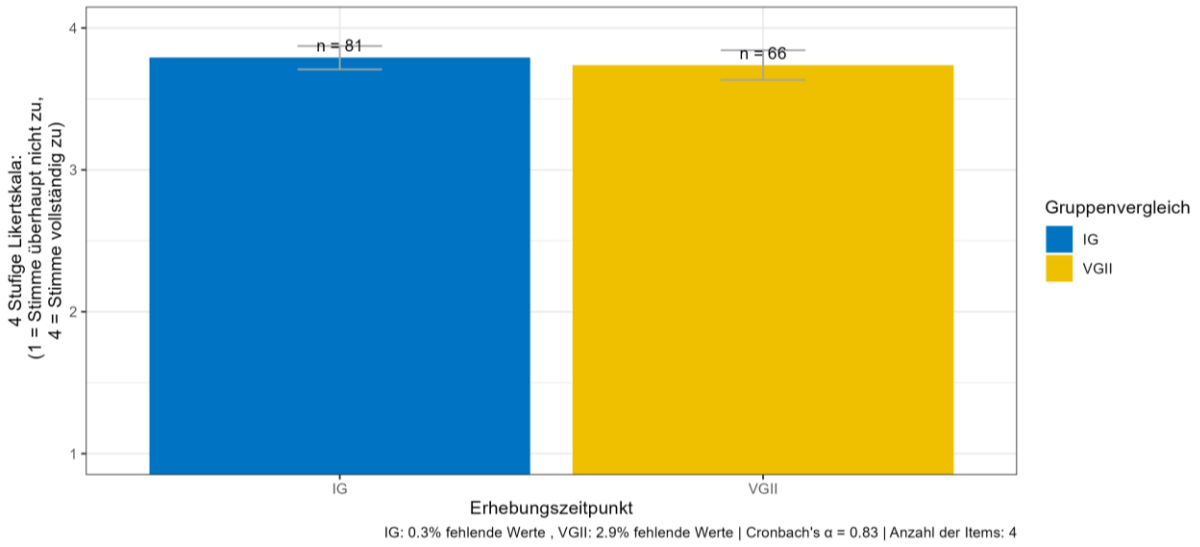


Abbildung 95: Mittleres Aufklärungsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 96 und Abbildung 97 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte des Partizipationsbedürfnisses der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Das Partizipationsbedürfnis dieser Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil bei 3 und am 75. Perzentil bei ca. 3,75. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei 3,5, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 96).

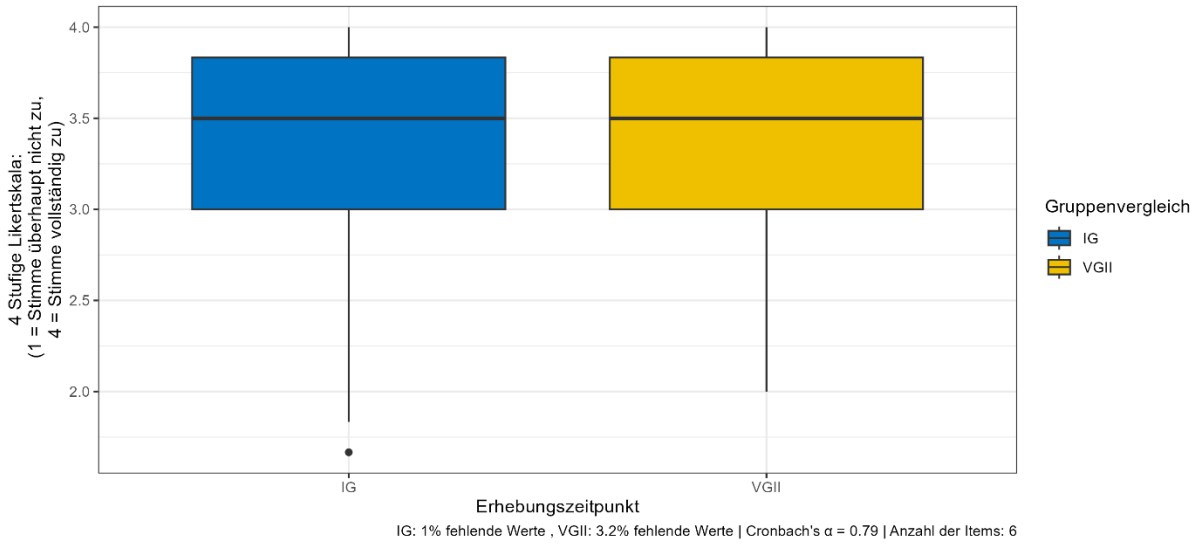


Abbildung 96: Verteilung des Partizipationsbedürfnisses im Vergleich zwischen IG und VG II

Das mittlere Partizipationsbedürfnis zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der IG und der VG II vergleichbar und liegt bei 3,4 (Stimme eher zu). Zwischen IG und VG II zeigen sich

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 97). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der IG bei 1% und in der VG II bei ca. 3%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,79 als gut eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 3 und 4 sind die Verteilung und Mittelwerte des Partizipationsbedürfnisses über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

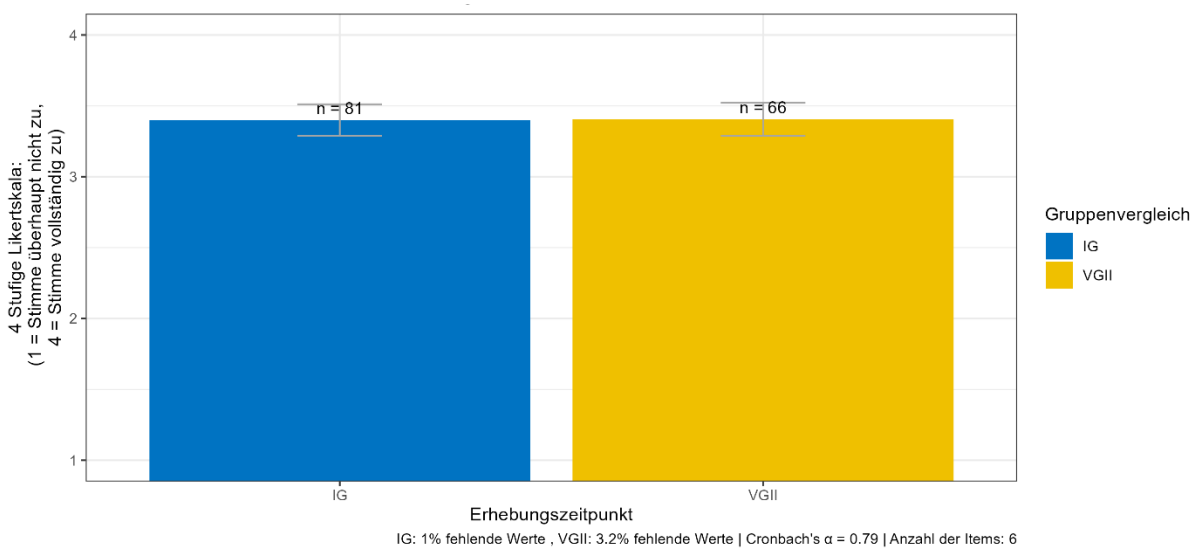


Abbildung 97: Mittleres Partizipationsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 98 und Abbildung 99 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Paternalismuspräferenz der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Die Paternalismuspräferenz dieser Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil bei 3,75 und am 75. Perzentil zwischen 3,5 und 3,75. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei ca. 3, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 98).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

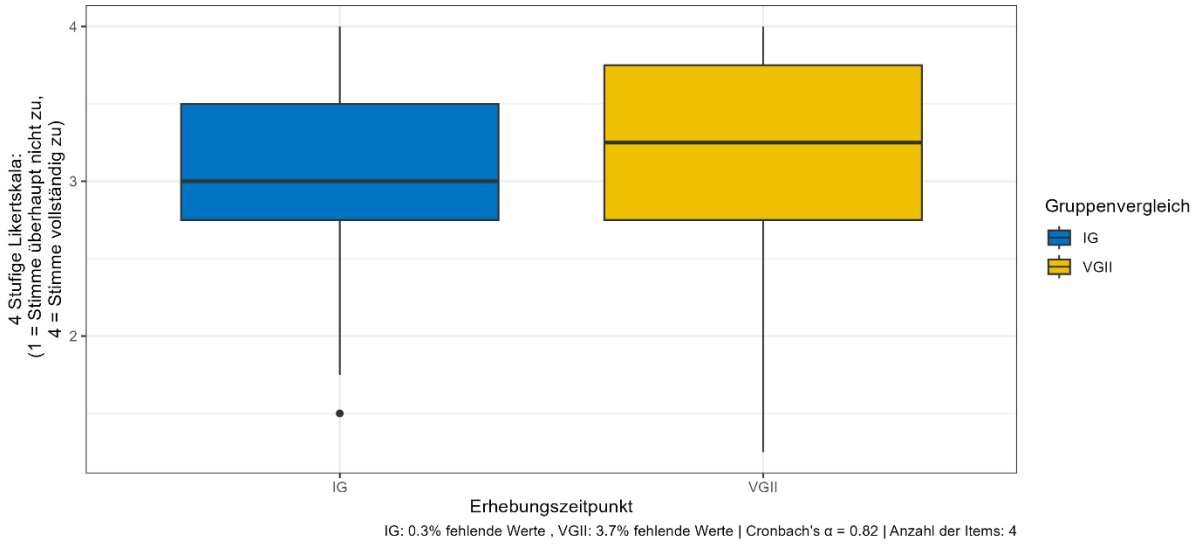


Abbildung 98: Verteilung der Paternalismuspräferenz im Vergleich zwischen IG und VG II

Die mittlere Paternalismuspräferenz zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der IG und der VG II vergleichbar und liegt bei ca. 3 (Stimme eher zu). Zwischen IG und VG II zeigen sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 99). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der IG unter 1% und in der VG II bei 3,7%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,82 als gut eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 5 und 6 sind die Verteilung und Mittelwerte der Paternalismuspräferenz über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

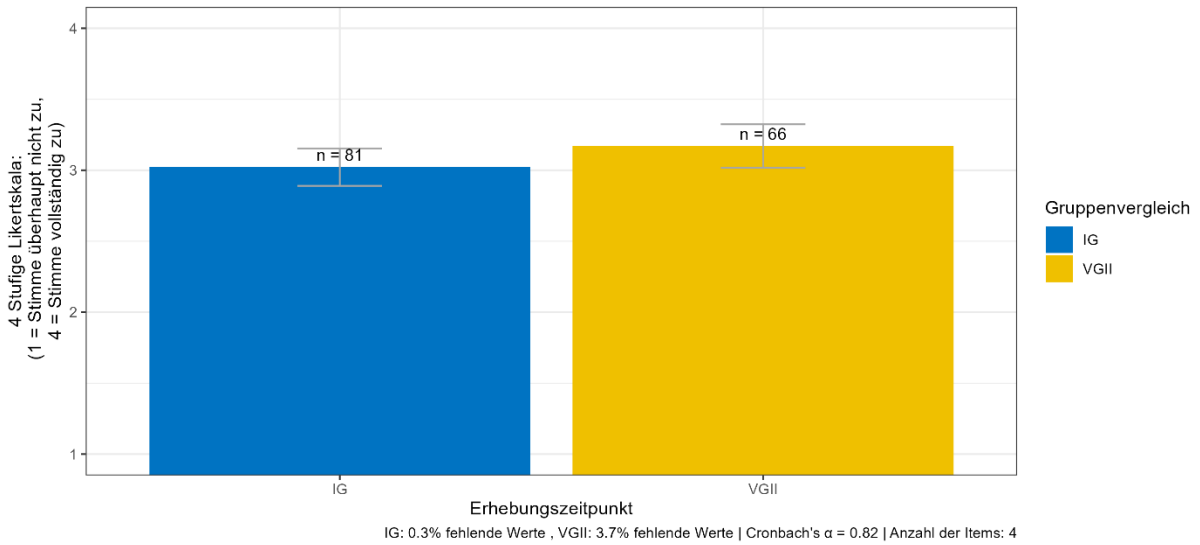


Abbildung 99: Mittlere Paternalismuspräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 100 und Abbildung 101 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Selbsthilfepräferenz der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Die Selbsthilfepräferenz dieser

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil bei 2 und am 75. Perzentil bei 2,75. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei ca. 2,25, d.h. mit der Tendenz zur unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 100).

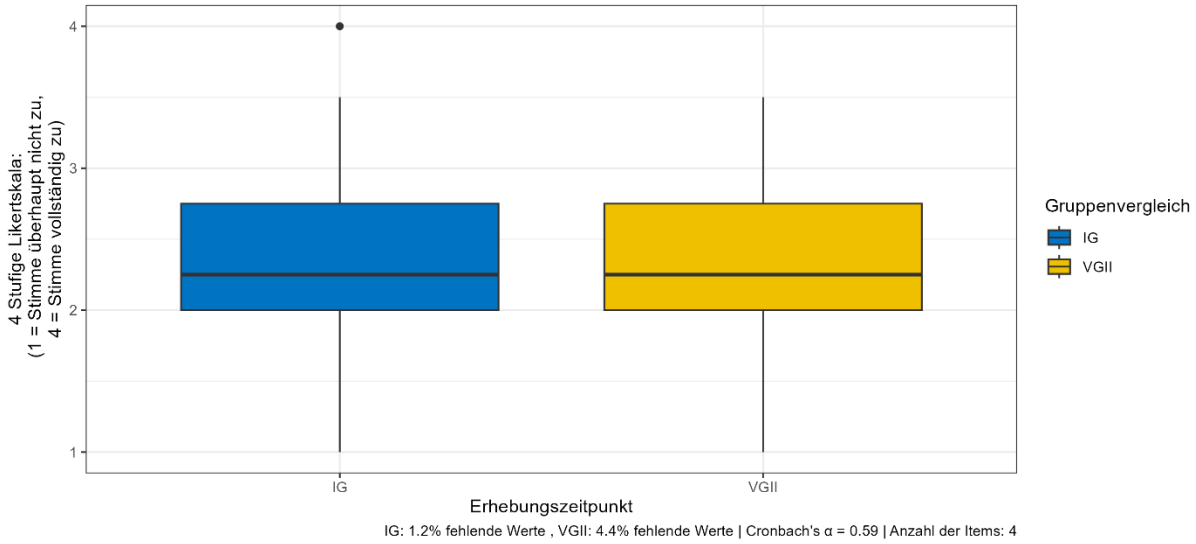


Abbildung 100: Verteilung der Selbsthilfepräferenz im Vergleich zwischen IG und VG II

Die mittlere Selbsthilfepräferenz zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der IG und der VG II vergleichbar und liegt bei ca. 2,3 (Stimme eher nicht zu). Zwischen IG und VG II zeigen sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 101). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der IG bei ca. 1% und in der VG II bei 4,4%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,59 als schlecht eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 7 und 8 sind die Verteilung und Mittelwerte der Selbsthilfepräferenz über alle Patient*innen der Gruppen VG II und IG abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

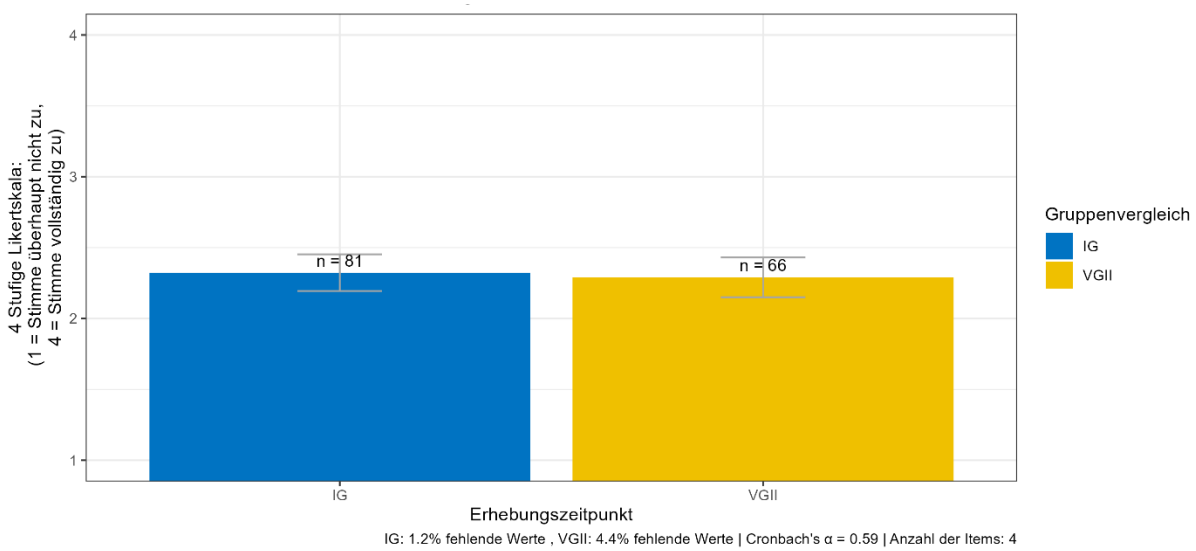


Abbildung 101: Mittlere Selbsthilfepräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

C-RCT vs. VG I

Die charakterisierenden und krankheitsspezifischen Eigenschaften der Patient*innen, wie Alter, Geschlecht und Krankheitssituation, sind für C-RCT und VG I in Kapitel 3.1.2.2 dargestellt.

Die Patient*innen der Analysepopulation im Gruppenvergleich zwischen C-RCT und VG I (n = 275) waren überwiegend verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft (68 %). Rund 12 % waren verwitwet, jeweils etwa 8% ledig oder geschieden. Etwa drei Viertel der Patient*innen (75 %) hatten Kinder, wobei mehrheitlich ein Kind genannt wurde. Das soziale Umfeld wurde von fast allen als unterstützend wahrgenommen: 76 % berichteten „jederzeit“, 17 % „meistens“ Unterstützung. Bei mehr als der Hälfte (56 %) war eine Krebserkrankung in der Familie bekannt.

Hinsichtlich des höchsten Schulabschlusses überwogen Haupt- (43 %) und Realschulabschlüsse (29 %), während 11 % über ein Abitur und 14 % über ein abgeschlossenes Studium verfügten. Analog dazu hatten 56 % eine Lehre/Ausbildung absolviert, jeweils etwa 12 % einen Fachhochschul- oder Meisterabschluss und 8 % einen Universitätsabschluss; 11 % hatten keinen Berufsabschluss. Die Mehrheit war bereits im Ruhestand (57 %) oder krankgeschrieben/arbeitsunfähig (18 %), während nur 9 % in Vollzeit und 7 % in Teilzeit erwerbstätig waren. Bezüglich der Behandlungsdauer gaben 36 % an, erstmals in der Einrichtung gewesen zu sein, weitere 36% waren seit weniger als einem Jahr dort. Längere Behandlungszeiten von mehr als einem Jahr wurden deutlich seltener berichtet.

Zwischen den beiden Gruppen zeigten sich einige Unterschiede. Patient*innen in der VG I hatten häufiger Kinder (83 % vs. 65 %). Hinsichtlich des Bildungsniveaus war in der VG I ein höherer Anteil mit Realschulabschluss vertreten (34% vs. 23%), während in der C-RCT-Gruppe häufiger ein Hauptschulabschluss vorlag (50 % vs. 38 %). Beim beruflichen Status waren in beiden Gruppen die meisten Patient*innen im Ruhestand, jedoch war die VG I häufiger krankgeschrieben oder arbeitsunfähig (23 % vs. 13 %), während die C-RCT-Gruppe öfter in Teilzeit tätig war (10 % vs. 5 %). Deutliche Unterschiede zeigten sich bei der Behandlungsdauer: Während in der VG I 44 % erstmals in der Einrichtung behandelt wurden, war dieser Anteil in der C-RCT-Gruppe deutlich niedriger (26 %). Dafür waren dort die Zeiträume der bisherigen Behandlung in der Einrichtung länger (1–2 Jahre: 18 % vs. 6 %; 3–5 Jahre: 12 % vs. 5 %; mehr als 5 Jahre: 8 % vs. 3 %) stärker vertreten. Soziodemografische Angaben der Patient*innen der C-RCT und VG I sind in Tabelle 41 zusammengefasst.

*Tabelle 41: Soziodemografische Angaben der Patient*innen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I in der der ITT-Analysepopulation*

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	**N**	**Gesamt** N = 275	**C-RCT** N = 149	**VG I** N = 126
Derzeitiger Familienstand	269			
Ledig (nie verheiratet)		21 (7,7%)	10 (6,7%)	11 (8,7%)
Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft		187 (68%)	101 (68%)	86 (68%)
Getrennt lebend		5 (1,8%)	3 (2%)	2 (1,6%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	N	Gesamt N = 275	C-RCT N = 149	VG I N = 126
Geschieden		23 (8,4%)	14 (9,4%)	9 (7,1%)
Verwitwet		33 (12%)	18 (12%)	15 (12%)
Unbekannt		6 (2,2%)	3 (2,0%)	3 (2,4%)
Kinder	261			
Ja		205 (75%)	123 (83%)	82 (65%)
Nein		56 (20%)	20 (13%)	36 (29%)
Unbekannt		14 (5%)	6 (2%)	8 (6,4%)
Anzahl Söhne	149			
1 Sohn		108 (53%)	62 (50%)	46 (56%)
2 Söhne		33 (16%)	21 (17%)	12 (15%)
Mehr als 3 Söhne		8 (3,9%)	4 (3,3%)	4 (4,9%)
Unbekannt		56 (27%)	36 (29%)	20 (24%)
Anzahl Töchter	144			
1 Tochter		97 (47%)	50 (41%)	47 (57%)
2 Töchter		40 (20%)	25 (20%)	15 (18%)
Mehr als 3 Töchter		7 (3,4%)	4 (3,3%)	3 (3,7%)
Unbekannt		61 (30%)	44 (36%)	17 (21%)
Empfindung Unterstützung soziales Umfeld	270			
Gar nicht		4 (1,5%)	3 (2%)	1 (0,8%)
Selten		4 (1,5%)	1 (0,7%)	3 (2,4%)
Manchmal		7 (2,6%)	4 (2,7%)	3 (2,4%)
Meistens		46 (17%)	22 (15%)	24 (19%)
Jederzeit		209 (76%)	117 (79%)	92 (73%)
Unbekannt		5 (1,8%)	2 (1,3%)	3 (2,4%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	N	Gesamt N = 275	C-RCT N = 149	VG I N = 126
Feststellung Krebserkrankung bei Familienangehörigen	270			
Ja		153 (56%)	83 (56%)	70 (56%)
Nein		117 (43%)	63 (42%)	54 (43%)
Unbekannt		5 (1,8%)	3 (2%)	2 (1,6%)
Höchster Schulabschluss	270			
Kein Schulabschluss		2 (0,7%)	1 (0,7%)	1 (0,8%)
Sonder-/Förderschule		1 (0,4%)	1 (0,7%)	0 (0%)
Hauptschule		119 (43%)	56 (38%)	63 (50%)
Realschule		80 (29%)	51 (34%)	29 (23%)
Gymnasium		29 (11%)	15 (10%)	14 (11%)
abgeschlossenes Studium		39 (14%)	22 (15%)	17 (13,5%)
Unbekannt		5 (1,8%)	3 (2%)	2 (1,6%)
Höchster Berufsabschluss	267			
Keine abgeschlossene Berufsausbildung		30 (11%)	16 (11%)	14 (11%)
Lehre/Ausbildung		153 (56%)	80 (54%)	73 (58%)
Meister/Fachschule		23 (8,4%)	13 (8,7%)	10 (7,9%)
Fachhochschule		33 (12%)	18 (12%)	15 (12%)
Universität		22 (8%)	11 (7,4%)	11 (8,7%)
Anderer		6 (2,2%)	6 (2,2%)	0 (0%)
Unbekannt		8 (2,9%)	5 (3,4%)	3 (2,4%)
Andere Berufsabschlüsse	6			
Handwerkliche Ausbildung (schulisch)		2 (33%)	2 (33%)	0 (0%)
Verwaltungsbeamter		1 (17%)	1 (17%)	0 (0%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Patient*innen	N	Gesamt N = 275	C-RCT N = 149	VG I N = 126
Arbeiterin/ Bauvorarbeiter		2 (33%)	2 (33%)	0 (0%)
Landwirtschaftsschule		1 (17%)	1 (17%)	0 (0 %)
Derzeitiger Beschäftigungsstatus	261			
Vollzeit		25 (9%)	12 (8%)	13 (10%)
Teilzeit		20 (7,3%)	7 (0,5%)	13 (10%)
Arbeitslos/arbeitssuchend		3 (1%)	2 (1,3%)	1 (%)
Hausfrau*mann/nicht berufstätig		4 (1,5%)	4 (2,7%)	0 (0%)
Krankgeschrieben/arbeitsunfähig		50 (18%)	34 (23%)	16 (13%)
In Rente/Ruhestand		158 (57%)	83 (56%)	75 (60%)
Anderer		1 (0,4%)	1 (0,7%)	0 (0%)
Unbekannt		14 (5,1%)	6 (4%)	8 (6,4%)
Anderer Beschäftigungsstatus			1	
Selbstständig		1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)
Behandlungsdauer in dieser Einrichtung	265			
Ich war zum ersten Mal in dieser Einrichtung,		98 (36%)	65 (44%)	33 (26%)
Weniger als 1 Jahr		99 (36%)	60 (40%)	39 (31%)
1 bis 2 Jahre		32 (12%)	9 (6%)	23 (18%)
3 bis 5 Jahre		22 (8%)	7 (4,7%)	15 (12%)
Mehr als 5 Jahre		14 (5%)	4 (2,7%)	10 (7,9%)
Unbekannt		10 (3,6%)	4 (2,7%)	6 (4,8%)

Das Informationsverhalten der Patient*innen zeigt, dass das Internet mit 35 % den am häufigsten genutzten Informationskanal zu Gesundheitsthemen darstellt, während Fernsehen (28 %), Zeitungen (17 %) und Zeitschriften (15 %) seltener herangezogen werden. Andere Medienquellen spielen mit rund 5 % eine untergeordnete Rolle. Auch in Bezug auf die Häufigkeit der Internetnutzung zeigt sich eine deutliche Tendenz zur regelmäßigen Nutzung: 41 % der Patient*innen nutzen das Internet täglich, 27 % mehrmals pro Woche. Demgegenüber gaben 16 % an, das Internet niemals zu verwenden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hinsichtlich themenspezifischer Recherchen hat knapp ein Drittel der Patient*innen (30 %) bereits nach Informationen zu Komplementär- und Alternativmedizin gesucht, während das Thema „palliative Begleitung“ bislang nur von einer sehr kleinen Gruppe (8 %) aktiv recherchiert wurde.

Zwischen C-RCT und VG I lassen sich lediglich geringe Unterschiede feststellen. So ist der Anteil täglicher Internetnutzer*innen in der C-RCT mit 44 % etwas höher als in der VG I (38 %), während die Nichtnutzung des Internets in der VG I häufiger vorkommt (20 % vs. 13 %). Zudem zeigt sich, dass Patient*innen der VG I häufiger nach Informationen zu Komplementär- und Alternativmedizin suchen (33 % vs. 28 %), während die Patient*innen der C-RCT geringfügig stärker bei der Suche nach Informationen zur palliativen Begleitung vertreten sind (9 % vs. 6,5 %). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen jedoch als gering einzustufen, sodass das Informationsverhalten weitgehend vergleichbar bleibt. Das Informationsverhalten der Patient*innen der C-RCT und VG I ist in Tabelle 42 zusammengefasst.

*Tabelle 42: Angaben zum Informationsverhalten der Patient*innen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I in der ITT-Analysepopulation*

Informations-verhalten der Patient*innen	**N**	**Gesamt** N = 275[1]	**C-RCT** N = 149[1]	**VG I** N = 126[1]
Welche der folgenden Medien nutzen Sie gewöhnlich, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren?				
Fernsehen		149 (28%)	80 (27%)	69 (28%)
Zeitung		90 (17%)	52 (18%)	38 (16%)
Zeitschrift		83 (15%)	43 (15%)	40 (16%)
Internet		187 (35%)	102 (35%)	85 (35%)
Andere		28 (5,2%)	15 (5,1%)	13 (5,3%)
Wie oft nutzen Sie das Internet?	263			
Niemals		43 (16%)	18 (13%)	25 (20%)
Mehrere Male im Monat		40 (15%)	20 (14%)	20 (16%)
Mehrere Male in der Woche		72 (27%)	41 (29%)	31 (25%)
Täglich		108 (41%)	62 (44%)	46 (38%)
Unbekannt		12	8	4

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Informations-verhalten der Patient*innen	N	Gesamt N = 275[1]	C-RCT N = 149[1]	VG I N = 126[1]
Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „Komplementär- und Alternativmedizin“ gesucht? (z.B. Vitamine und Pflanzenstoffe)				
	269			
Ja		81 (30%)	41 (28%)	40 (33%)
Nein		188 (70%)	105 (72%)	83 (67%)
Unbekannt		6	3	3
Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „palliative Begleitung“ gesucht?				
	270			
Ja		21 (7.8%)	13 (8.9%)	8 (6,5%)
Nein		249 (92%)	133 (91%)	116 (94%)
Unbekannt		5	3	2

Bezogen auf das Angebot von Krebsberatungsstellen zeigt sich, dass rund ein Drittel der Patient*innen (33–34 %) eine Beratungsstelle kennt, die bei Bedarf genutzt werden könnte. Die tatsächliche Inanspruchnahme liegt jedoch deutlich niedriger: Lediglich 14 % der Gesamtgruppe haben bislang ein entsprechendes Angebot wahrgenommen (siehe Tabelle 43).

Unter den Patient*innen mit Nutzungserfahrungen äußert sich eine Mehrheit von 58 % zufrieden mit der Beratung, während 15 % unzufrieden sind. Rund ein Viertel (28 %) ist in der Beurteilung unentschlossen. Hinsichtlich der thematischen Abdeckung berichten 46 % der Patient*innen, alle für sie relevanten Themen in der Beratung besprechen zu können, während 18 % dies verneinen; 36 % äußern sich unklar.

Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Krebsberatungsstellen sind überwiegend subjektiver Natur. Ein Drittel (33 %) der Patient*innen gibt an, nicht das Gefühl zu haben, dass eine Beratung hilfreich wäre, und 29 % sehen keinen persönlichen Beratungsbedarf. Strukturelle Barrieren wie fehlende Kenntnis einer wohnortnahen Beratungsstelle (20 %) oder Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit (4 %) treten seltener in den Vordergrund. Praktische Hindernisse wie lange Wartezeiten oder unpassende Öffnungszeiten spielen keine Rolle.

Zwischen C-RCT und VG I bestehen nur geringe Unterschiede. Der Anteil derjenigen, die eine Beratungsstelle kennen, liegt in beiden Gruppen nahezu gleich (33 % in C-RCT und VG I). Auch bei der tatsächlichen Inanspruchnahme zeigen sich ähnliche Werte (16 % in der C-RCT vs. 12 % in der VG I). Unterschiede treten eher bei den Gründen für die Nichtnutzung auf: In der C-RCT geben Patient*innen etwas häufiger an, keinen Beratungsbedarf zu haben (39 % vs. 23 %

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

in VG I), während in der VG I der Anteil derjenigen höher ist, die in einer Beratung keinen Mehrwert sehen (35 % vs. 32 %). Insgesamt bleibt die Bekanntheit von Krebsberatungsstellen begrenzt, die Nutzung niedrig und die Gründe für die Nichtinanspruchnahme liegen vor allem in subjektiven Einschätzungen, weniger in strukturellen Barrieren.

Tabelle 43: Patientenangaben zur Inanspruchnahme von Krebsberatungsstellen im Vergleich zwischen C-RCT und VG I in der ITT-Analysepopulation

Inanspruch-nahme von Krebsberatungsstellen	**N**	**Gesamt** N = 149	**C-RCT** N = 81	**VG I** N = 68
Ist Ihnen eine Krebsberatungsstelle bekannt, die Sie bei Beratungsbedarf aufsuchen können?				
Ja	252	84 (33%)	46 (33%)	38 (34%)
Haben Sie in der Vergangenheit Angebote einer Krebsberatungsstelle in Anspruch genommen?				
Ja	164	23 (14%)	14 (16%)	9 (12%)
Waren Sie mit dem Angebot der Krebsberatungsstelle zufrieden?				
	40			
Ja		23 (58%)	11 (52%)	12 (63%)
Nein		6 (15%)	3 (14%)	3 (16%)
Weiß nicht		11 (28%)	7 (33%)	4 (21%)
Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind in der Beratung besprechen?				
	39			
Ja		18 (46%)	9 (45%)	9 (47%)
Nein		7 (18%)	3 (15%)	4 (21%)
Weiß nicht		14 (36%)	8 (40%)	6 (32%)
Warum haben Sie bisher kein Angebot von Krebsberatungsstellen in Anspruch genommen?				
Ich benötige keine Beratung.		62 (29%)	39 (0,3%)	23 (27%)
Ich habe nicht das Gefühl, dass mir die		72 (33%)	42 (32%)	30 (35%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Beratung etwas bringen würde.			
Mir ist keine Krebsberatungsstelle in meiner Nähe bekannt.	44 (20%)	27 (21%)	17 (20%)
Die nächste Krebsberatungsstelle ist zu weit von meinem Wohnort entfernt oder für mich schwer zu erreichen.	9 (4,2%)	5 (3,8%)	4 (4,7%)
Es ist schwer eine*n Ansprechpartner*in in der Beratungsstelle zu erreichen oder einen Termin zu vereinbaren.	2 (0,9%)	2 (1,5%)	0 (0%)
Die Wartezeit für einen Beratungstermin ist mir zu lang.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Die Öffnungszeiten der Beratungsstelle lassen sich nicht gut mit meinem Alltag vereinbaren.	2 (0,9%)	2 (1,5%)	0 (0%)
Sonstiger Grund	25 (12%)	13 (0,1%)	12 (14%)

Abbildung 102 und Abbildung 103 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte des Aufklärungsbedürfnisses der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Das Aufklärungsbedürfnis dieser Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil zwischen 3,5 und 3,75 und am 75. Perzentil bei 4. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei 4, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 102).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

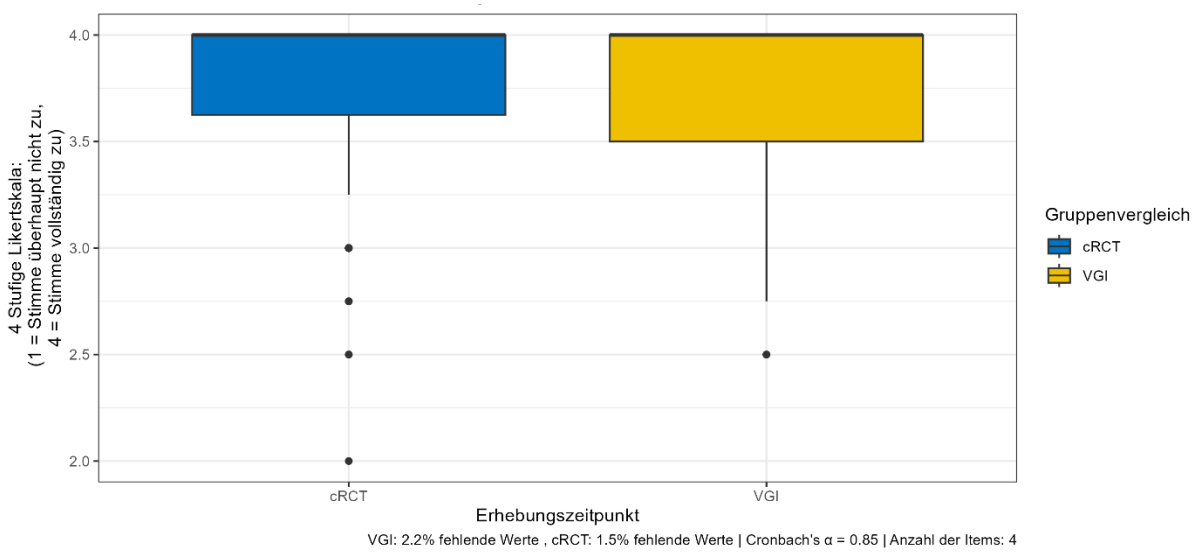


Abbildung 102: Verteilung des Aufklärungsbedürfnisses im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Für insgesamt 147 Patient*innen der C-RCT und 124 Patient*innen der VG I wurde ein Follow-up von mindestens 15 Monaten beobachtet. Das mittlere Aufklärungsbedürfnis zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der C-RCT und der VG I vergleichbar und liegt bei 3,75 (Stimme vollständig zu). Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 103). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der C-RCT unter 1,5% und in der VG I bei ca. 2,2%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,85 als gut eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 9 und 10 sind die Verteilung und Mittelwerte des Aufklärungsbedürfnisses über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

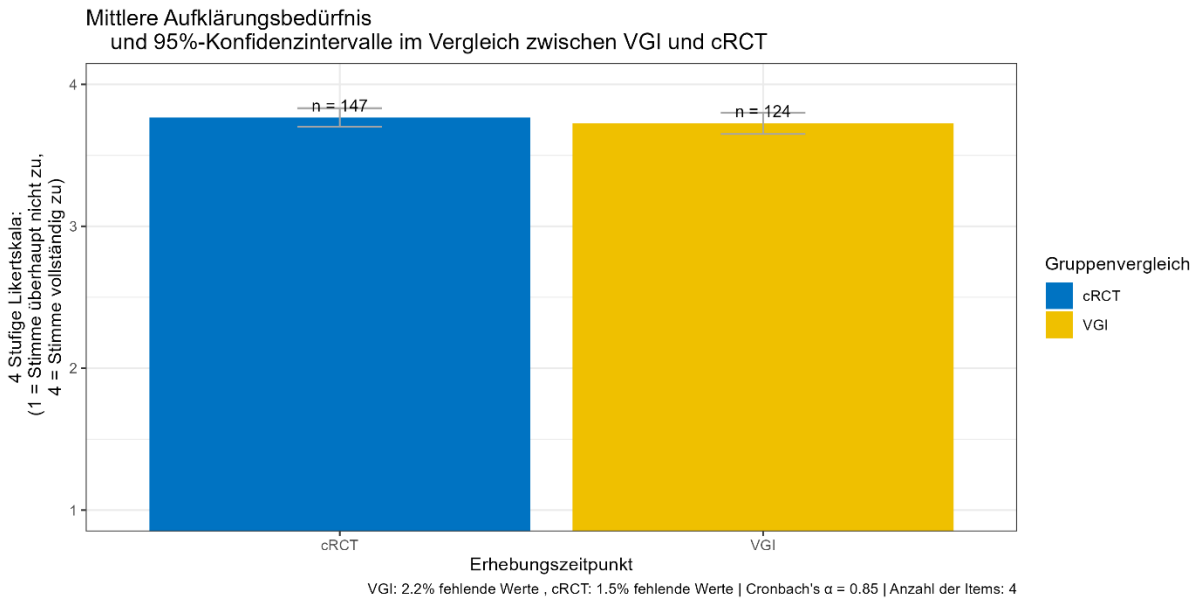


Abbildung 103: Mittleres Aufklärungsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 104 und Abbildung 105 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte des Partizipationsbedürfnisses der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Das Partizipationsbedürfnis dieser Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil bei 3 und am 75. Perzentil bei ca. 3,75. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei 3,5, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 104).

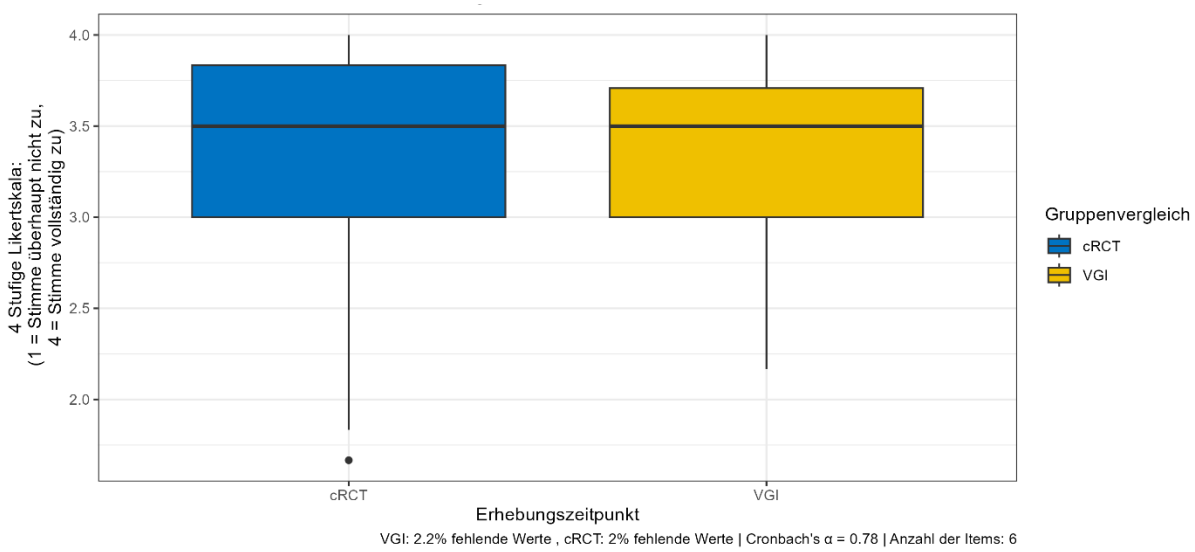


Abbildung 104: Verteilung des Partizipationsbedürfnisses im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Das mittlere Partizipationsbedürfnis zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der C-RCT und der VG I vergleichbar und liegt bei 3,4 (Stimme eher zu). Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 105). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in beiden Gruppen bei ca. 2%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,78 als gut eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 11 und 12 sind die Verteilung und Mittelwerte des Partizipationsbedürfnisses über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

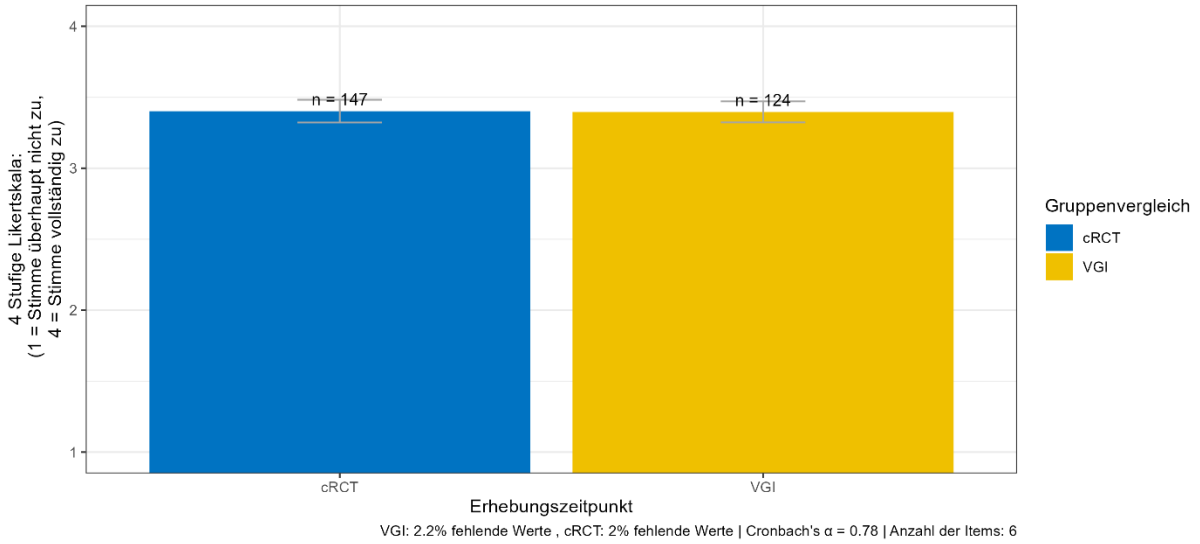


Abbildung 105: Mittleres Partizipationsbedürfnis und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Abbildung 106 und Abbildung 107 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Paternalismuspräferenz der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Die Paternalismuspräferenz dieser Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil bei 2,75 und am 75. Perzentil zwischen 3,5. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei ca. 3, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range (siehe Abbildung 106).

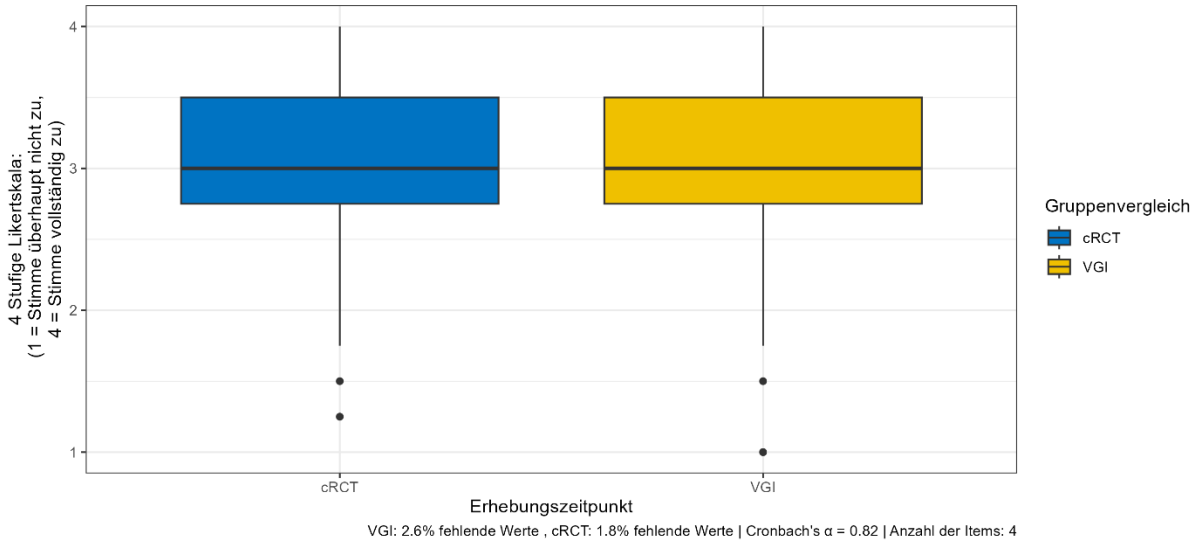


Abbildung 106: Verteilung der Paternalismuspräferenz im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Die mittlere Paternalismuspräferenz zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der C-RCT und der VG I vergleichbar und liegt bei ca. 3 (Stimme eher zu). Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 107). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der C-RCT bei 1,8% und in der VG I bei 2,6%. Die interne Konsistenz der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,82 als gut eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 13 und 14 sind die Verteilung und Mittelwerte der Paternalismuspräferenz über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

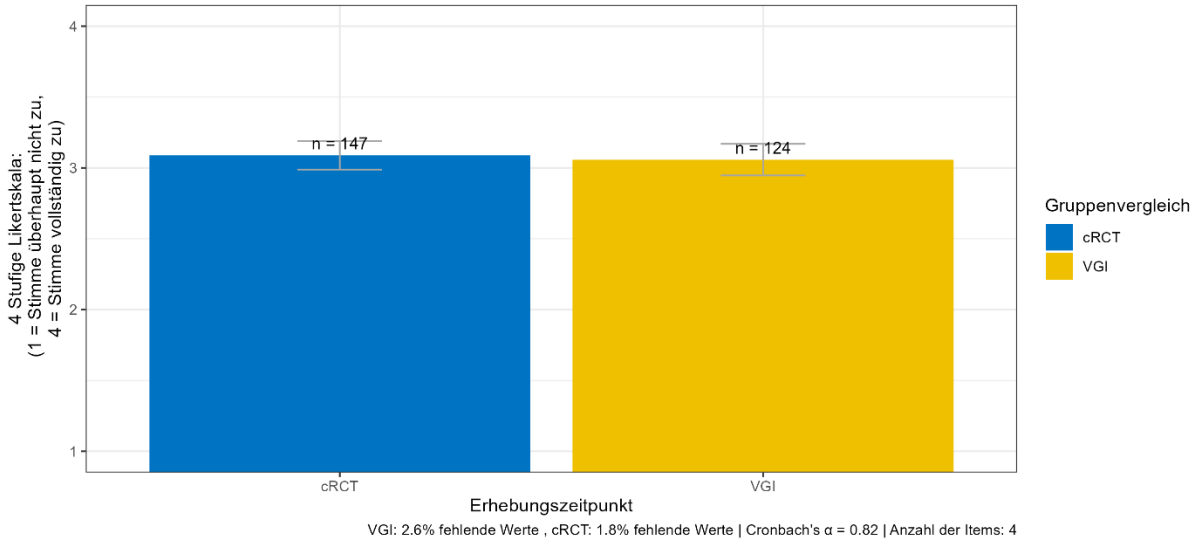


Abbildung 107: Mittlere Paternalismuspräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Abbildung 108 und Abbildung 109 stellen die Verteilung bzw. die Mittelwerte der Selbsthilfepräferenz der Patient*innen der ITT-Analysepopulation zur Baseline (Zeitpunkt T0) dar. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten. Die Selbsthilfepräferenz dieser Population liegt in beiden Gruppen am 25. Perzentil bei ca. 2 und am 75. Perzentil bei 2,75. Die Medianwerte befinden sich in beiden Gruppen bei ca. 2,25, d.h. mit der Tendenz zur unteren Hälfte der Skalen-Range (siehe Abbildung 108).

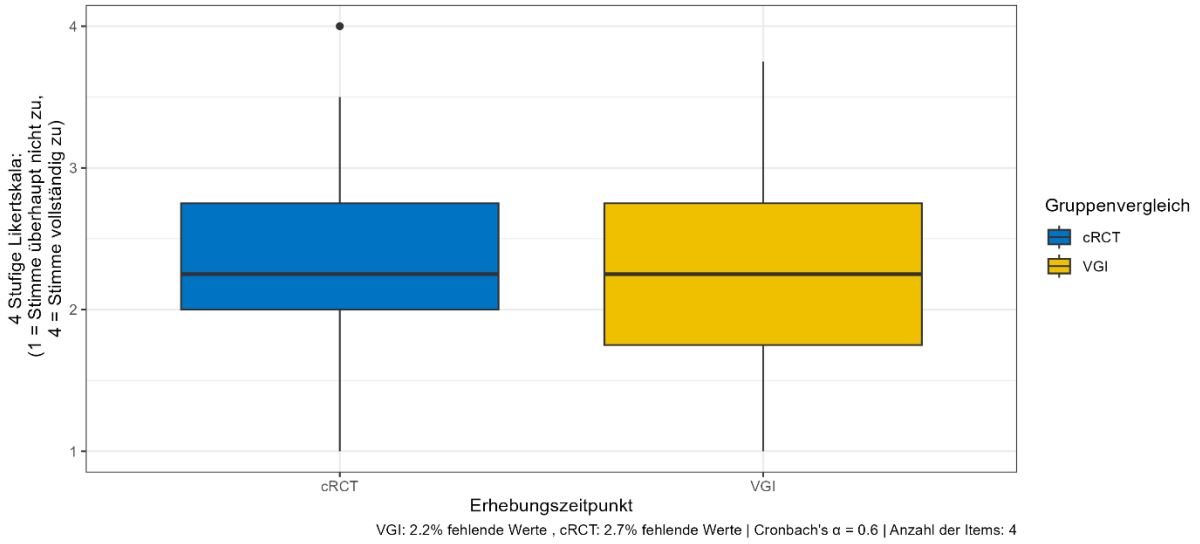


Abbildung 108: Verteilung der Selbsthilfepräferenz im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die mittlere Selbsthilfepräferenz zur Baseline (Zeitpunkt T0) ist zwischen der C-RCT und der VG I vergleichbar und liegt bei ca. 2,3 (Stimme eher nicht zu). Zwischen C-RCT und VG I zeigen sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle (siehe Abbildung 109). Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der C-RCT bei 2,7% und in der VG I bei 2,2%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,6 als fragwürdig eingestuft werden. In Anlage 13 Abbildungen 15 und 16 sind die Verteilung und Mittelwerte der Selbsthilfepräferenz über alle Patient*innen der Gruppen C-RCT und VG I abgebildet. Die Abbildungen zeigen ein ähnliches Muster wie die der ITT-Analysepopulation.

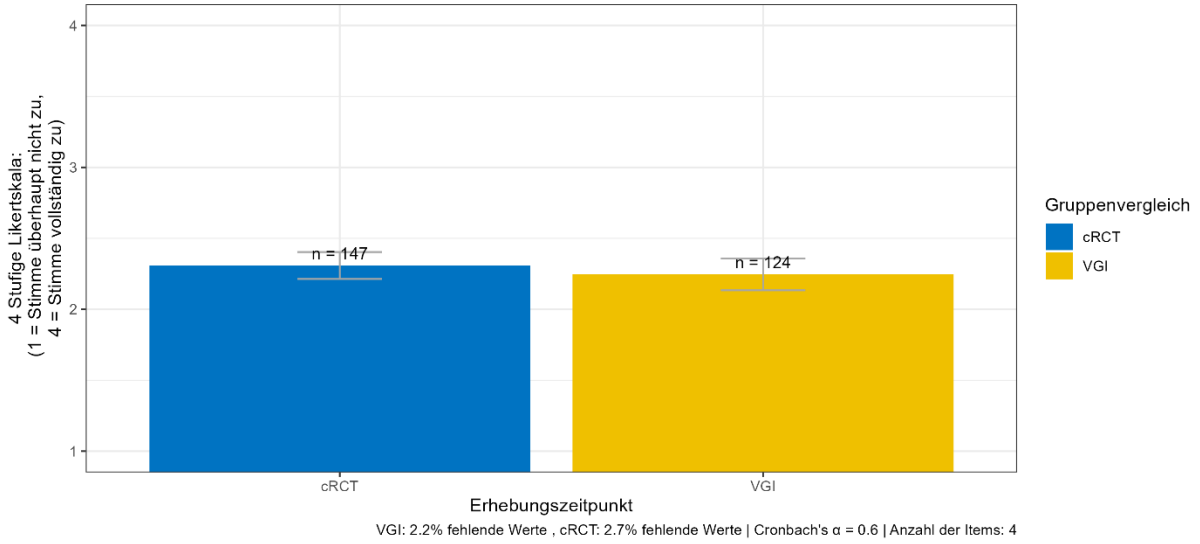


Abbildung 109: Mittlere Selbsthilfepräferenz und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

3.2.1.3 Schriftliche Befragungen – Angehörige

In der Population der Angehörigen (n = 283) waren 44 % verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft. Etwa 8% waren ledig, 5 % geschieden und 3 % verwitwet. Auffällig ist, dass bei 38% keine Angaben zum Familienstand vorlagen (siehe Tabelle 44).

Hinsichtlich des Bildungsniveaus hatten die meisten Angehörigen einen Haupt- (33 %) oder Realschulabschluss (33 %). 14 % verfügten über Abitur, 18 % über ein abgeschlossenes Studium, während nur 1 % keinen Schulabschluss angab. Entsprechend war der höchste Berufsabschluss meist eine Lehre oder Ausbildung (60 %), gefolgt von Fachhochschule (11 %), Universität (11 %) und Meister-/Fachschule (9 %). Ohne Berufsabschluss waren nur 5 %.

Bezüglich des aktuellen Beschäftigungsstatus befanden sich 44 % der Angehörigen im Ruhestand, 28 % waren in Vollzeit- und 14 % in Teilzeitbeschäftigung. Weitere kleinere Gruppen waren Hausfrauen/Hausmänner (4 %), krankgeschriebene bzw. arbeitsunfähige Personen (4 %) sowie Angehörige in Elternzeit (1 %).

Zwischen den beiden Gruppen zeigten sich nur leichte Unterschiede. In der C-RCT-Gruppe waren etwas mehr Angehörige in Vollzeit tätig (33 % vs. 21 %), während in der VG I-Gruppe Teilzeitbeschäftigungen häufiger vorkamen (16 % vs. 13 %). Zudem wiesen Angehörige in der VG I häufiger einen Gymnasialabschluss auf (17 % vs. 11 %), während in der C-RCT-Gruppe etwas mehr Realschulabschlüsse vertreten waren (37 % vs. 29 %). Der Ruhestand war in

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

beiden Gruppen die häufigste Beschäftigungsform, in der VG I jedoch etwas häufiger (48 % vs. 41 %). Insgesamt ähnelten sich die Gruppen stark in ihrer Zusammensetzung.

Tabelle 44: Soziodemografische Angaben der Angehörigen im Vergleich zwischen VG I und C-RCT in der Gesamtpopulation

Soziodemografische Angaben der Angehörigen	**N**	**Gesamt** N = 283	**VG I** N = 126	**C-RCT** N = 157
Derzeitiger Familienstand	175			
Ledig (nie verheiratet)		22 (7,7%)	12 (9,5%)	10 (6,4%)
Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft		124 (43,8%)	50 (39,7%)	74 (47,13%)
Getrennt lebend		6 (2,1%)	2 (1,6%)	4 (2,5%)
Geschieden		14 (5%)	8 (6,4%)	6 (3,8%)
Verwitwet		8 (2,8%)	4 (3,2%)	4 (2,5%)
Keine Angabe		1 (0,6%)	1 (0,8%)	0 (0%)
Unbekannt		108 (38%)	49 (39%)	59 (38%)
Höchster Schulabschluss	280			
Kein Schulabschluss		3 (1%)	2 (1,6%)	1 (0,6%)
Hauptschule		92 (32,5%)	41 (32,5%)	51 (32,4%)
Realschule		94 (33,2%)	36 (28,5%)	58 (36,9%)
Gymnasium/ Vergleichbares		39 (13,8%)	21 (16,6%)	18 (11,4%)
Abgeschlossenes Studium		52 (18,4%)	24 (19%)	28 (17,8%)
Unbekannt		3 (1%)	2 (1,6%)	1 (0,6%)
Höchster Berufsabschluss	279			
Keine abgeschlossene Berufsausbildung		13 (4,6%)	4 (3,2%)	9 (5,7%)
Lehre/ Ausbildung		170 (60%)	72 (57%)	98 (62%)
Meister/ Fachschule		26 (9,2%)	14 (11%)	12 (7,4%)
Fachhochschule		30 (11%)	13 (10%)	17 (11%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Angehörigen	N	Gesamt N = 283	VG I N = 126	C-RCT N = 157
Universität		31 (11%)	13 (10%)	18 (11%)
Noch in Ausbildung/ Studium		2 (0,7%)	2 (1,6%)	0 (0%)
Andere		7 (2,5%)	5 (4,0%)	2 (1,3%)
Unbekannt		4 (1,4%)	3 (2,4%)	1 (0,6%)
Andere Berufsabschlüsse	7			
Führungskraft im Vertrieb		1 (14%)	0 (0%)	1 (50%)
Gesundheits/Krankenpflegerin/ Ausbilderin		1 (14%)	1 (20%)	0 (0%)
Hausfrau		1 (14%)	1 (20%)	0 (0%)
Praktisches Studium Priesterseminar Muenster		1 (14%)	1 (20%)	0 (0%)
verw, Ang (Verwaltungsangestellte)		1 (14%)	0 (0%)	1 (50%)
Unbekannt		2 (29%)	2 (40%)	0 (%)
Derzeitiger Beschäftigungsstatus	279			
Vollzeit		78 (28%)	26 (21%)	52 (33%)
Teilzeit		41 (14%)	20 (16%)	21 (13%)
In Elternzeit		3 (1,1%)	1 (0,8%)	2 (1,3%)
Arbeitslos/ arbeitssuchend		1 (0,4%)	0 (0%)	1 (0,6%)
Hausfrau*mann/ nicht berufstätig		11 (3,9%)	7 (5,7%)	4 (2,5%)
Krankgeschrieben/ arbeitsunfähig		12 (4,2%)	6 (4,8%)	6 (3,9%)
In Rente/ Ruhestand		124 (44%)	60 (48%)	64 (41%)
Anderes, und zwar …		9 (3,2%)	3 (2,4%)	6 (3,8%)
Unbekannt		4 (1,4%)	3 (2,4%)	1 (0,6%)
Anderer derzeitiger Beschäftigungsstatus	8			

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Soziodemografische Angaben der Angehörigen	N	Gesamt N = 283	VG I N = 126	C-RCT N = 157
Ehrenamt seit 30 J,		1 (11%)	1 (25%)	0 (0%)
Minijob/ 520€-Job		3 (33%)	0 (0%)	3 (50%)
Rentenantrag		1 (11%)	0 (0%)	1 (1,7%)
Selbständig		1 (11%)	1 (25%)	1 (1,7%)
Student*in		2 (22%)	1 (25%)	1 (1,7%)
Unbekannt		1 (11%)	1 (25%)	

3.2.1.1 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – OncoCoaches

In den Interviews sprachen OncoCoaches im Rahmen der Oberkategorie Reach über die hemmenden Faktoren der **Rekrutierung**, das **Rekrutierungspotenzial**, den **Bedarf für OncoCoaching** bzw. **für eine frühe palliative Betreuung**, sowie über die **Passung der Studienpopulation für eine frühe palliative Betreuung** (siehe Abbildung 110).

Insgesamt war das **Rekrutierungspotenzial** von Patient*innen nur in ca. der Hälfte der Fälle vorhanden. Dies spiegelt sich auch in den **hemmenden Faktoren im Rahmen der Rekrutierung** wider. Das mangelnde Rekrutierungspotenzial war einer der häufigsten genannten hemmenden Faktoren. Zudem wurden fehlende Zeit seitens der OncoCoaches bzw. der Ärzt*innen, eine mangelnde Teilnahmebereitschaft seitens der Patient*innen sowie eine mangelnde Koordination auf der Krankenhausstation oder von Ärzt*innen als hemmender Faktoren genannt. In wenigen Fällen spielten eine geringe Lebenserwartung der Patient*innen oder eine fehlende Kontinuität im Rekrutierungsprozess eine Rolle.

In den Interviews verwiesen die OncoCoaches auf einen bestehenden **Bedarf** sowohl an **OncoCoaching** als auch an einer **frühen palliativen Betreuung** innerhalb der Studienpopulation, wobei der Bedarf für frühe palliative Betreuung häufig nur mit „teils, teils“ beschrieben wurde. Die OncoCoaches hoben hervor, dass in der Studienpopulation der Bedarf an früher palliativer Betreuung individuell unterschiedlich ausfiel und nicht für alle Patient*innen bestand. Folglich wurde die **Passung der Studienpopulation für eine frühe palliative Betreuung** häufig als passend oder bedingt passend beschrieben („teils, teils“). In einem Fall wurde beschrieben, dass die Studienpopulation auf weitere Gruppen ausgeweitet werden könne, in einigen Fällen war die Passung der Studienpopulation unklar.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

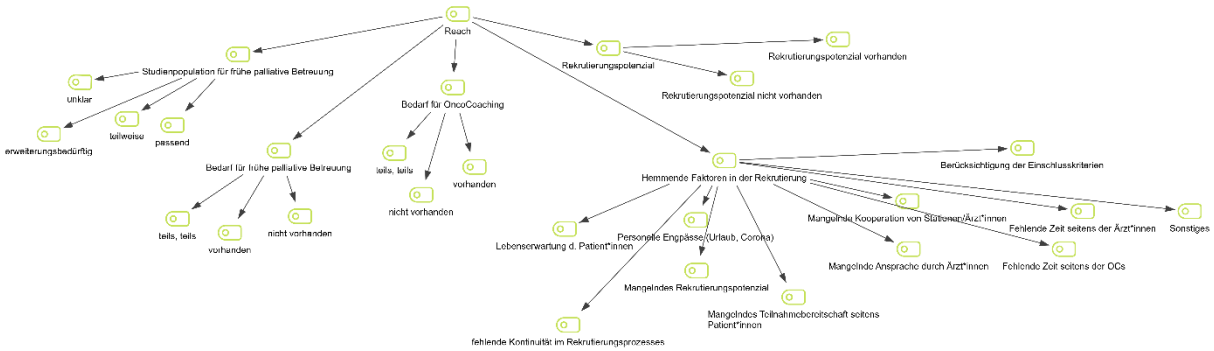


Abbildung 110: Oberkategorie „Reach“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

3.2.1.2 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – KoPPs

Im Rahmen der Implementierung neuer Versorgungsmodelle wie OnCoPaTh ist die Reichweite („Reach“) ein zentrales Kriterium für deren Wirksamkeit. Sie beschreibt, in welchem Ausmaß die vorgesehene Zielgruppe tatsächlich erreicht und eingebunden wird. Die Interviewausschnitte geben Aufschluss über sowohl gelungene Kontaktaufnahmen als auch bestehende Hürden. Innerhalb der Dimension „Reach“ werden daher die Subkategorien „2.1 Hemmende Faktoren in der Rekrutierung“ sowie „2.2 Rekrutierungspotenzial“ integriert und gegenübergestellt.

Bereits zum frühesten Erhebungszeitpunkt T2 wurden erste Hürden bei der Rekrutierung deutlich. Die Befragten gaben an, dass die Rekrutierung von Studienteilnehmenden durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie erheblich erschwert wurde. Insbesondere die schwerkranken Patient*innen zeigten eine geringere Bereitschaft, zusätzliche Belastungen und Kontakte im Rahmen der Studie auf sich zu nehmen. Diese Zurückhaltung führte zu einer erhöhten Skepsis gegenüber der Studienteilnahme und wirkte sich insgesamt negativ auf die Rekrutierungsrate aus (IG, N02, T2, Abs. 143 und IG, K31, T2, Abs. 101).

Zusätzlich traten Schwierigkeiten bei der Identifizierung geeigneter Patient*innen auf. Insbesondere die Umstellung von dem bisher im Versorgungsalltag üblichen Zeitpunkt der Integration von Patient*innen in die Systeme der Palliativversorgung auf eine „Early Integration“ stellte eine Herausforderung im Versorgungsalltag dar: *„Deswegen ist die Frage, welcher Patient, den wir begleiten für eine frühe palliative Zuführung, überhaupt geeignet wäre, weil die sich ja meistens schon in sehr späten Stadien von der Krankheit befinden“ (IG, N02, T2, Z. 7).*

Diese Diskrepanz zwischen dem Ziel der „Early Integration“ auf der einen Seite und schwer kranken Patient*innen auf der anderen Seite wurde im Erhebungszeitraum T4 noch verstärkt wahrgenommen: *„Wenn der Onkologe erst einsieht, dass der Patient nicht mehr gesund wird, wenn er die SAPV-Verordnung ausfüllt, ist natürlich Early Integration […] ein Hohn.“ (IG, N02, T4, Z. 92).* Häufig seien Patient*innen bereits in einem kritischen Allgemeinzustand, sodass diese eher für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), jedoch nicht für eine frühzeitige palliativmedizinische Begleitung im Sinne der „Early Integration“ infrage kämen (IG, K31, T4; IG, N02, T4; VG II, K25, T4). Zum Erhebungszeitpunkt T4 benannten einige der Teilnehmenden die insgesamt geringe Anzahl an Patient*innen als größtes Hemmnis zur Umsetzung der Intervention (IG, K31, T4, Z. 4; VG II, K25, T4, Z.10): *„Aber ich habe jetzt, also*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

wir haben schon lange jetzt nicht mehr viele Anfragen bekommen. Gestern, gestern kam tatsächlich eine Anfrage, aber das war die erste seit langem. Wirklich seit Monaten wieder." (IG, K24, T4, Z.50).

Aus Sicht der Interviewten bestehen jedoch auch Vorbehalte seitens der Patient*innen gegenüber dem Begriff „Palliativversorgung". Trotz der im Rahmen der Studie erfolgten Aufklärung wirkte der Begriff auf einige potenzielle Teilnehmende abschreckend. Ein Grund hierfür ist, dass viele Patient*innen die Hoffnung auf Heilung noch nicht aufgeben wollen und die Assoziation mit „Palliativversorgung" für sie im Widerspruch zu diesem Wunsch steht. Wie eine befragte Person betonte: „Das kommt ja auch immer dazu, dass manche Patienten da noch nicht so weit sind und sagen, sie wollen sich in der Form beraten lassen" (VG II, M12, T2, Z. 22). Hinzu kommt, dass Begriffe wie „Hospiz" oder „Palliativversorgung" häufig mit dem nahen Tod gleichgesetzt werden. Dies verdeutlicht folgende Aussage: *„Also viele Menschen, wenn sie das Wort Hospiz hören, denken sie automatisch tot: innerhalb von zwei, drei Tagen muss ich von der Welt, sage ich mal ganz lapidar" (IG, K35, Abs. 79).* Solche Assoziationen erschweren die Ansprache potenzieller Teilnehmender zusätzlich und tragen dazu bei, dass eine Distanzierung von der Studie erfolgt.

Zum Zeitpunkt T7 wird darüber hinaus rückblickend von den Teilnehmenden geschildert, dass das Projekt in einigen Praxen zeitweise nicht aktiv mitgedacht wurde, was sich ebenfalls negativ auf die Fallzahlen ausgewirkt habe:

„Das Problem ist, dass wir eigentlich im letzten halben Jahr überhaupt keine Anfragen mehr hatten" (IG, K20, T7, Abs. 11).

„Also ich war am Anfang […] sehr enttäuscht. Es war so, dass die Studie begonnen hat, und es passierte nichts. Es kam weiß ich nicht, mehrere Wochen saß ich da, habe mit den Hufen gescharrt, hatte Freiräume von meinem Arbeitgeber bekommen und ein schlechtes Gewissen, es kam keine Patientenmeldung zustande." (IG, K35_rs, T7, Abs. 13).

„Also, eigentlich, so viel kann ich Ihnen jetzt gar nicht erzählen, weil wir einfach keine neuen OnCoPath-Patienten bekommen haben. Ich glaube, der letzte ist vor einem halben Jahr gekommen." (IG, K24, T7, Abs. 24).

„Ich meine, es stimmt, die haben super viel zu tun, das ist nicht zu bestreiten, aber na ja, es hat halt auch niemand auf dem Schirm. Ich sage Ihnen, wie es ist: Eine Freundin von mir arbeitet dort, und die haben das gar nicht mitbekommen, dass die Praxis das [OnCoPaTh-Projekt] macht." (IG, N02, T7, Abs. 16).

Insgesamt zeigen die Aussagen, dass die Erreichbarkeit der Zielgruppe stark von strukturellen und kommunikativen Faktoren innerhalb der Versorgungspraxis abhängt und damit einen zentralen Ansatzpunkt für zukünftige Optimierungen im Projektverlauf darstellt. Auffällig ist dabei, dass entsprechende Hinweise und Herausforderungen häufiger von Interviewpartner*innen aus der IG thematisiert wurden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2.2 Effectiveness

3.2.2.1 Interviews mit Patient*innen (der IG)

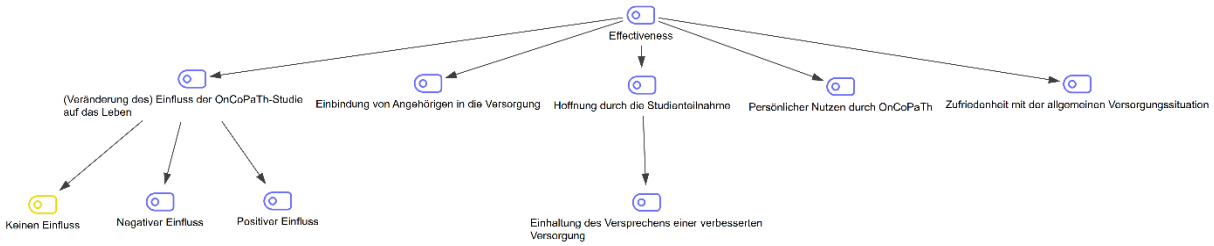


Abbildung 111: Oberkategorie „Effectiveness“ und Unterkategorien der Patienteninterviews

Im Rahmen der Interviews und der Dimension der **Effectiveness** (Abbildung 111) wurden die Patient*innen nach ihrer Wahrnehmung hinsichtlich des **Einflusses der OnCoPaTh-Studie auf ihr Leben** gefragt. Dabei wurden sowohl **positiver** und **negativer Einfluss** als auch **kein Einfluss** und **anderweitiger Einfluss**, welcher nicht positiv oder negativ seitens der Patient*innen konnotiert wurde, identifiziert. Die Interviewten gaben als, großteilig als negativ wahrgenommenen, Einfluss die Fragebögen an bzw. nahmen diese als Einfluss wahr, da diese umfangreich waren, es subjektiv empfunden viele waren und die Beantwortung die Patient*innen zum Teil viel Zeit kostete *(„P: Es kostet Zeit, die Dinge auszufüllen. Die sind ziemlich umfangreich. Und die habe ich nicht immer unbedingt. Also manchmal brauche ich ziemlich lange, bis ich den Fragebogen zurückschicke.“ #00:11:21-3# (P13, T4, Pos. 66)* oder auch *„P: Also ich habe auch nicht gewusst, dass es so viele Fragebögen sind, aber okay.“ #00:14:49-6# (P13, T4, Pos. 76)).* Ein weiterer Punkt ist, dass durch die Studie bzw. insbesondere durch die Fragen die Erkrankung den Betroffenen immer wieder präsent gemacht wird (*„P: (Seufzt) (...) Eigentlich ja unv. Ja gut man macht sich natürlich dann vielleicht über das eine oder andere Mal mehr Gedanken, aber die habe ich mir auch schon vielleicht gemacht vorher dann. Wie ich es erste Mal dann wusste, ich habe Krebs und ich muss operiert werden. Dann kommen natürlich Gedanken, die vorher wahrscheinlich gar nicht hat oder weit von sich schiebt.“ (P15, T4, Pos. 51)* und *„P: (Reden aus dem Hintergrund) Wenn der Fragebogen kommt und ich gehe dann so manches durch, dann dann ja das erinnert natürlich dann wieder oder dann kommen manche Dinge vielleicht wieder hoch, aber jetzt nicht so, dass sie mich jetzt dermaßen belasten würde, dass ich mich dann wieder Tage lang oder oder total schlecht fühlen würde.“ (P15, T4, Pos. 55)*. Diese Präsenz durch die Fragebögen wurde jedoch von anderen Patient*innen positiv aufgefasst: *„P: Ich finde es eigentlich ganz gut, dass ich das gemacht habe, weil ich da da ist einfach nicht die Chance, das irgendwie zu verdrängen. Und das ist halt nichts, was man verdrängen sollte.“ (P8, T4, Pos. 93)* und auch *„P: Und die Frage war auch immer interessant für mich. Da habe ich auch wieder ein bisschen in mich reingehört. Also für mich war es was auf jeden Fall positiv.“ #00:07:25# (P7, T6, Pos. 90).* Als positiver Einfluss wurde explizit das OncoCoaching genannt *(„P: […] Und OncoCoach halt ich ich kann immer Hilfe gebrauchen, wenn ich Hilfe brauche. Unv. OncoCoach anrufen und krieg praktisch Hilfe.“ (P6, T2, Pos. 52)* oder auch *„Aber es/ Ich habe das Gefühl, es geht mir dadurch schon besser. Durch dieses einfach drüber reden und man kann jederzeit, wenn man möchte anrufen, wenn irgendwas ist, oder sie hat mir auch sehr geholfen, was ich alles brauche und was ich von der Krankenkasse kriegen kann und was man da alles so macht. Das fand ich schon ganz wichtig. Oder einfach, einfach mal drüber reden, dass so so nicht so alles so todernst. Das ist,*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

finde ich. Ja. Finde ich eigentlich ganz angenehm." (P8, T2, Pos. 64)), was den Interviewten unter anderem Sicherheit und Geborgenheit gab (*„P: Ja, ich weiß halt, dass das, das da dass es da eine Institution gibt und dass ich halt auch an die wenden mich da jetzt zum Beispiel an Frau P. wenden kann, wenn was wäre. Es gibt Sicherheit." (P12, T2, Pos. 115)* und *„P: […] Man kann ja selbst dann auch davon profitieren. Also und man fühlt sich ja vielleicht auch gut, wenn man weiß, man ist man ist fachlich gut betreut und gut aufgehoben." #00:17:18-7# (P15, T4, Pos. 65*). Darüber hinaus konnotierten einige Patient*innen für sich nichts mit der Studienteilnahme, sondern betonten einen altruistischen Beweggrund, dass die Studie für die Zukunft etwas Positives bringe *(„P: Ich denke das schon was Positives (steckt?) das/ Ich muss auch für die Zukunft Dinge (hervor schweren?) die für die Zukunft sinnvoll sind." (P2, T2, Pos. 59).*

Keinen erlebten Einfluss durch die Studienteilnahme berichteten ebenfalls einige der Patient*innen (*(„P2: (...) Ihre Studie selbst? (NACHDENKLICH) Eigentlich gar nicht." #00:14:33-0# (P1, T2, Pos. 70), „P: Eigentlich gar nicht. Also ich krieg die die die Fragebögen, ich lese mir das durch und guck dass ich so wie ich es, wie ich es für mich sehe, meine Kreuzchen mach und gut. Aber beeinflussen tut's mich nicht." #00:08:27-8# (P3, T2, Pos. 75)* oder *„P: Nein, überhaupt nicht.*

I: Okay. Also würden Sie da weder positive noch negative Einflüsse benennen, ist das/

P: Nein. Überhaupt nicht. Überhaupt nicht.

I: Okay.

P: Das ist für mich einfach nur ja (.) Informationsfluss. Drücken wir es so aus. (P4, T2, Pos. 61-65)), wobei Patient*innen auch zum Teil die Fragebögen als keinen Einfluss einstuften. Im Zeitverlauf der anderen Interviewzeitpunkte gaben die Patient*innen keine Veränderung des Einflusses der OnCoPaTh-Studie auf ihr Leben an.

Die meisten der Interviewten gaben an, dass sie sich grundsätzlich nichts durch ihre **Studienteilnahme erhofft** hatten (bspw. *„P: (Zögernd) Ne, eigentlich nicht." (P5, T4, Pos. 92)* oder *„P: Erhofft und gewünscht eigentlich gar nicht." (P3, T4, Pos. 63)*). Eine Person äußerte, dass sie sich Hilfe im Bedarfsfall erhofft hatte *„P: Ja, gut, das man die Möglichkeit hat, wenn man Hilfe bräuchte. Oder wenn, wenn das irgendwie mal zur Pflege kommt oder so, dass man da Hilfe bekommt." (P12, T4, Pos. 96).* Die meisten der Interviewten haben sich für sich persönlich keinen Nutzen durch die Studienteilnahme erhofft (Bsp. *„Nein, überhaupt nicht. Ich bin davon ausgegangen, dass / es geht halt. / Es ist im Prinzip. / Ja letztendlich, sagen wir mal auf gut Deutsch eine Auswertung, wie zufrieden ich oder wie gut meine onkologische Betreuung ist. Und ich habe mir jetzt für mich selbst habe ich mir dadurch ja nichts erhofft oder erwartet." (P1, T2, Pos. 88), „Nee eigentlich nicht. Erwartungs- erwartungsfrei habe ich das gemacht. Ja." (P3, T2, Pos. 93), „Nein. In meinen Augen ist das nicht/ Nichts, was mir jetzt was bringt im vordergründigen Sinn." (P4, T2, Pos. 75)*). Es wurde geäußert, dass sich Patient*innen vollständige Heilung ihrer Krebserkrankung erhofften: *„Ja halt. Ich sag mal so, ich hoffe halt immer noch darauf, dass das eine Heilung gibt oder irgendwas. Aber im Moment unv." (P6, T2, Pos. 62)* und eine weitere Person erhoffte sich Hilfe im Bedarfsfall: *„P: Ja, gut, das man die Möglichkeit hat, wenn man Hilfe bräuchte. Oder wenn, wenn das irgendwie mal zur Pflege kommt oder so, dass man da Hilfe bekommt." (P12, T4, Pos. 96).* Diesbezüglich erwähnten einzelne Personen, dass sie sich eine medizinische Studie unter OnCoPaTh vorstellten: *„[…] Mir war nicht so bewusst, dass es um den Pflegebereich geht und habe gedacht, vielleicht ist*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

es ja eine medizinische Studie“ (P13, T4, Pos. 78) und *„P: Ja, ursprünglich war ich auch noch mehr von einer (.) von einer Studie, die über die medizinische Versorgung ausgegangen. Und das wird ja gar nicht so direkt angesprochen. Es geht ja mehr um meine Befindlichkeiten dabei.“ (P10, T2, Pos. 67).* Die Hoffnung auf *„Informationen vor allen Dingen.“ (P16, T6, Pos. 58)* bestand bei Patient*innen.

Einige der interviewten Patient*innen nannte(n) im Zuge der Frage nach der Hoffnung durch die Studienteilnahme ihre **Beweggründe oder auch Motivation zur Teilnahme an OnCoPaTh**. Sie erhofften sich für sich persönlich durch die Studienteilnahme keine konkrete Verbesserung, sondern äußerten in der Regel altruistische Beweggründe als Motivation zur Teilnahme (bspw. *„Genau. Also es ging mir in die Richtung Warum denn nicht? Es tut ja nicht weh. (P1, T2, Pos. 84) oder „Nein. Nein, ich liege ja überwiegend im Bett und bin fast immer zu Hause. Und da hab ich mir gesagt, naja warum sollst denn da nicht mitmachen, da kannst du ja/ wenn du hilfreich sein kannst mit ein paar Informationen, die persönlicher Art sind, dann tust du das. Ganz simpel.“ (P9, T2, Pos. 72)*, *„Sie hat mir die Unterlagen gegeben. Ich sollte mich damit befassen. Das habe ich dann in Ruhe gemacht und habe mich dann dazu entschlossen, daran teil zu nehmen. So nach dem Motto schadet ja nichts, kann ja eigentlich nur was Gutes bei rauskommen bei solchen Sachen.“ (P10, T2, Pos. 63)* oder auch *„Ne, ich finde so Studien überhaupt gut. Man muss die Studien machen, dass man dann vielleicht andern irgendwie helfen kann oder (trösten?) kann. Oder was weiß ich? Das ist schon wichtig, finde ich.“ (P14, T4, Pos. 63)*). Einige der Interviewten sahen somit die Studie als Zweck um Informationen zu sammeln und ihre Teilnahme damit als Beitrag, um die zukünftige Versorgung zu verbessern: *„P: […] Sondern eigentlich mehr Informationssammeln in der Auswertung so genereller Art. Also ich weiß nicht, ob ich mich jetzt klar darüber ausgelassen habe, aber es geht nicht so sehr darum, dass diese Studie mir hilft, sondern dass ich der Studie helfe.“ (P4, T2, Pos. 75),*

„P: Es ist/ Ich mein/ Ich habe das mitgemacht, da (vielleicht?) hilft es ja anderen Menschen irgendwann doch noch mal weiter oder sonst was. #00:08:43-1#

I: Also quasi eher darauf bezogen, dass wir dann in der Zukunft vielleicht…

P: … Ja… #8:48
I: … Einen positiven Mehrwert daraus haben. #00:08:51-1# (P3, T2, Pos. 77-80) oder auch *„Ich war eigentlich der Meinung oder ich bin der Meinung, dass es im Prinzip darum geht, dass es aufgrund dieser Auswertung der Studie für die (KURZES STOTTERN) für die betreuenden Einrichtungen, also jetzt zum Beispiel, dass die onkologische Tagesklinik in der ich bin, dass es für die Vorteile hat, weil die dann zusätzliche Informationen erhalten aber jetzt für mich selbst habe ich da jetzt keine Vorteile erwartet.“ #00:17:52-7# (P1, T2, Pos. 88)*.

Die altruistischen Beweggründe werden des Weiteren in Aussagen wie *„Ich denke, das ist einfach gut, wenn man so was mitmacht für, für die Krankheit und zum Auswerten und alles so zum weiterentwickelt.“ (P8, T2, Pos. 58)* oder *„So nach dem Motto schadet ja nichts, kann ja eigentlich nur was Gutes bei rauskommen bei solchen Sachen. (P10, T2, Pos. 63)* deutlich.

Als ein **persönlicher Nutzen der OnCoPaTh-Studie** für die Patient*innen wurde erwähnt, dass die Studie sie beruhigte: *„P: Beruhigt mich ein bisschen. Hat mich halt beruhigt.“ #00:09:11# (P6, T6, Pos. 73)* und auch, dass man über die Möglichkeiten in seiner Betreuung reflektierte: *„P: Ja, gut, dass man mal drüber nachgedacht hat über die Möglichkeiten, die es gibt. Das schon, ja.“ (P12, T6, Pos. 119).* Die meisten der Interviewten erklärten jedoch, dass sie für sich

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

keinen Nutzen feststellten, beispielsweise *„P: Also ich persönlich konnte daraus nichts ziehen.“ (P3, T6, Pos. 93)* oder *„P: Bis jetzt noch keinen also ich/ Ne, keinen. Tut mir jetzt leid, aber ich/“ #00:41:45-9# (P5, T6, Pos. 149).*

Eine Person berichtete, dass sie zum Interviewzeitpunkt *„eigentlich nicht mehr so richtig“ (P3, T6, Pos. 101)* zufrieden war, aufgrund ihrer verschlechterten Krankheitssituation und des daraus resultierenden Bedarfs an Unterstützung (bspw. eine Haushaltshilfe). Die anderen Interviewten gaben an, mit ihrer **allgemeinen Versorgungssituation zufrieden** gewesen zu sein (z.B. *„P: Ja, bin ich.“ #00:09:41-8# (P7, T6, Pos. 104-105*).

3.2.2.1 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – OncoCoaches

In den Interviews sprachen OncoCoaches im Rahmen der Oberkategorie Effektivität über die empfundene **positive Wirkung und Vorteile** bzw. die **negative Wirkung und Nachteile für Patient*innen durch die Projektteilnahme**, sowie die **positive Wirkung auf die Versorgungseinrichtung** und den **Verbesserungsbedarf an der neuen Versorgungsform**.

OncoCoaches beschreiben, dass sich die neue Versorgungsform positiv auf die Versorgungseinrichtung auswirkt. Dabei heben sie eine empfundene Entlastung für Ärzt*innen hervor, das positive Feedback von Patient*innen und die Umsetzung von neuen Prozessen. Zudem beschreiben OncoCoaches, dass sich die Projektteilnahme positiv auf die Akzeptanz für OncoCoaches, die Arbeitszufriedenheit und die Vernetzung mit anderen Versorgern auswirkte.

In Bezug auf die Patient*innen sprachen die OCs der neuen Versorgungsform überwiegend positive Wirkungen und Vorteile zu. Diese leiteten sie in den meisten Fällen aus dem allgemeinen positiven Feedback der Patient*innen ab. An mehreren Stellen wurden insbesondere die kontinuierliche Betreuung sowie eine verbesserte Versorgungskoordination hervorgehoben. Zudem berichteten die OncoCoaches, dass sich die Projektteilnahme positiv auf patientenorientierte Endpunkte, wie den Informations- und Unterstützungsbedarf und die Lebensqualität, sowie auf das Vertrauen und das Sicherheitsgefühl der Patient*innen auswirkte.

In den meisten Fällen gaben die OncoCoaches an, dass Patient*innen durch die Projektteilnahme keine Nachteile entstanden sind. In wenigen Fundstellen wurde der Aufwand für Fragebögen oder zusätzliche Termine als Nachteil identifiziert. OncoCoaches erlebten im geringen Maße allgemeines negatives Feedback und berichteten in wenigen Fundstellen über die empfundene emotionale Belastung von Patient*innen im Übergang in die palliative Versorgung.

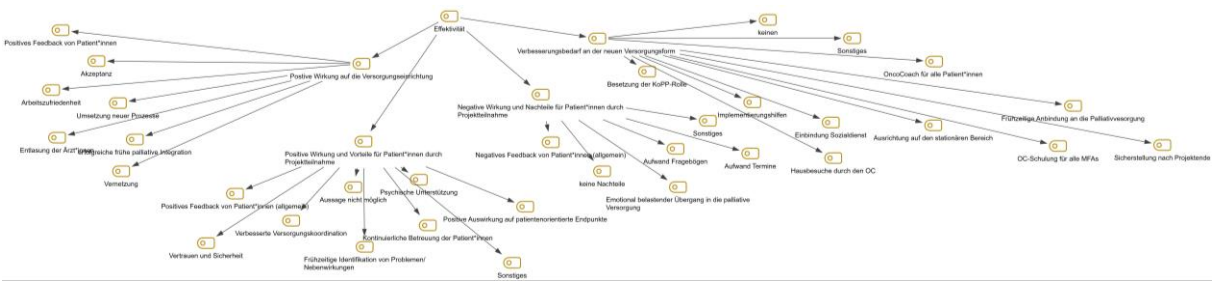


Abbildung 112: Oberkategorie „Effektivität" und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2.2.2 Quantitative Untersuchung der Effektivität und Wirksamkeit der nVF

Die quantitativen Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse befinden sich in Kapitel 3.1.

3.2.3 Adoption

3.2.3.1 Studienrekrutierung – Einrichtungsebene

Es wurde ursprünglich mit 30 teilnehmenden Versorgungseinrichtungen im Raum Hessen für das Projekt geplant. Zum Zeitpunkt der Antragstellung (03/2019) lag von 20 Einrichtungen ein Letter of Intent vor. Zu Projektbeginn (05/2020) hatten 10 onkologische Einrichtungen ihre Teilnahme zugesagt. Im September 2020 wurde ein Änderungsantrag zur Regionsausweitung auf ganz Deutschland gestellt. Im Zuge dessen wurden deutschlandweit 81 Einrichtungen angefragt. Im Oktober 2020 erfolgte der Studienstart mit der ersten Studienphase der VG I. Der Rekrutierungsstand im November 2020 belief sich auf 28 Einrichtungen.

Für die zweite Studienphase der C-RCT waren im März 2021 30 onkologische Einrichtungen rekrutiert. Zum Start der C-RCT nahmen noch 28 Versorgungseinrichtungen teil, wobei jeweils 12 (IG) bzw. 13 Einrichtungen (VG II) pro Gruppe bis zum Ende der Studienlaufzeit aktiv waren. „Aktiv“ bedeutet, dass Einrichtungen in der C-RCT-Studienphase Patient*innen rekrutierten (n>1).

Das Projekt fiel zeitlich in die Corona-Pandemie.

Weitere Details und Beschreibungen zu den Einrichtungen befinden sich in Kapitel 3.1.2.1.

3.2.3.2 eCRF

<u>Einrichtungsstatistik</u>

Es wurden 25 (13 in der VG II und 12 in der IG) von insgesamt 28 (14 in der VG II und IG) rekrutierten Versorgungseinrichtungen im eCRF dokumentiert.

Die IG-Einrichtungen schlossen im Schnitt etwas mehr Patient*innen ein (∅ 20) als die VG II (∅ 17). Die durchschnittliche Anzahl an Coaching-Gesprächen war in der IG (∅ 210) fast doppelt so hoch wie in der VG II (∅ 110). Konsile zwischen OncoCoach und KoPP waren ebenfalls im Mittel in der IG (∅ 27) häufiger als in der VG II (∅ 21). Ebenso zeigte sich ein Gruppenunterschied bei der mittleren Anzahl an Sprechstunden-/Arztkontakten OC-seitig (∅ 213 in der IG und ∅ 183 in der VG II). Die Angaben befinden sich in Abbildung 113.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	IG	VGII	Gesamt
Anzahl Einrichtungen im eCRF	12 (86 %)	13 (87 %)	25 (89 %)
Anzahl Patient*innen pro Einrichtung	Minimum: 1; Maximum: 43	Minimum: 2; Maximum: 41	
Durchschnittliche Anzahl an Patient*innen pro Einrichtung (SD)	20 (16)	17 (12,6)	
Anzahl Coaching-Gespräche	Minimum: 3; Maximum: 964	Minimum: 10; Maximum: 355	
Durchschnittliche Anzahl an Coaching-Gesprächen pro Einrichtung (SD)	210 (324,5)	110 (99,9)	
Annzahl Konsile -- OC mit KoPP	Minimum: 0; Maximum: 223	Minimum: 0; Maximum: 125	
Durchschnittliche Anzahl an Konsilen (OC mit KoPP) pro Einrichtung (SD)	27 (62,5)	21 (40,5)	
Anzahl Sprechstunden-/Arztkontakte (OC)	Minimum: 9; Maximum: 618	Minimum: 11; Maximum: 977	
Durchschnittliche Anzahl an Sprechstunden-/Arztkontakte (OC) pro Einrichtung (SD)	213 (183)	183 (267,4)	

Abbildung 113: eCRF Einrichtungsstatistik – Adoption

Versorgungseinrichtungen (Fragebogen)

In der VG I-Studienphase nahmen 28 Einrichtungen aktiv (inkl. Rekrutierung von Patient*innen) teil. Laut den Angaben im Versorgungseinrichtungsfragebogen gibt es 10 ärztliche (Gemeinschafts-)Praxen, 11 MVZs (6 in Krankenhausträgerschaft, 2 in ärztlicher und 3 in anderer Trägerschaft) und 7 Krankenhaus-Ambulanzen (Abbildung 114).

Art der Versorgungseinrichtung	
Ärztliche (Gemeinschafts-)Praxis	10 (36 %)
MVZ	11 (39 %)
Krankenhaus-Ambulanz	7 (25 %)
Trägerschaft des Krankenhauses bzw. des MVZ in Krankenhausträgerschaft	
Freigemeinnützige Krankenhäuser	3 (11 %)
Öffentliche Krankenhäuser	7 (25 %)
Private Krankenhäuser	3 (11 %)
NA	15 (54 %)

Abbildung 114: Charakterisierung der teilnehmenden Einrichtungen in der VG I auf Basis des eCRF

15 der Einrichtungen gaben an, dass ihnen ein separater Raum zur Verfügung steht. 10 hatten laut Eintragungen keinen spezifischen Raum zur Verfügung und zu 3 Einrichtungen gibt es keine Angabe. In Dreiviertel der Einrichtungen hat mindestens ein*e Arzt*Ärztin eine Palliativ-Zusatzqualifikation. In 16 der 28 Einrichtungen erfolgte bereits vor der C-RCT-Studienphase eine Beratung von Patient*innen durch nichtärztliches Personal. Eine offene Sprechstunde gab es laut Angabe in 4 Einrichtungen bereits in der VG I-Phase (Abbildung 115).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Räumlichkeiten	
Kein spezifischer Raum vorhanden	10 (36 %)
Separater Raum vorhanden	15 (54 %)
NA	3 (10 %)
Hat mindestens ein Arzt in der Einrichtung (Praxis, MVZ bzw. Krankenhaus-Ambulanz) eine Palliativ-Zusatzqualifikation?	
Ja	21 (75 %)
Nein	6 (21 %)
NA	1 (4 %)
Erfolgt in Ihrer Einrichtung eine Beratung von Patient*innen (z.B. zu Nebenwirkungen, Oralia oder zur palliativen Pflege) durch nichtärztliches Personal	
Ja	16 (57 %)
Nein	12 (43 %)
Offene Sprechstunde	
Ja	4 (14 %)
Nein	22 (79 %)
NA	2 (7 %)

Abbildung 115: Charakterisierung der teilnehmenden Einrichtungen in der VG I auf Basis des eCRF II

3.2.3.3 Schriftliche Befragungen – Ärzt*innen

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (T2) wurden 33 Fragebögen an Ärzt*innen der teilnehmenden onkologischen Institutionen versandt. Der Rücklauf belief sich auf 27 (ca. 82 %) Fragebögen. Im Rahmen der **ersten schriftlichen Befragung der Ärzt*innen (zum Zeitpunkt T2)** wurden 27 Fragebögen ausgewertet, wobei von drei Einrichtungen (eine IG und zwei VG II) jeweils zwei Fragebögen ausgefüllt zurückkamen. Somit lag Datenmaterial von 24 verschiedenen Einrichtungen vor: Aus 10 (71 %) der insgesamt 14 Einrichtungen in der IG und aus 12 (80 %) Einrichtungen der insgesamt 15 Einrichtungen in der VG II. Darüber hinaus gab es zwei Fragebögen von Einrichtungen, die in der C-RCT-Phase nicht aktiv waren, sprich keine Patient*innen rekrutiert hatten, weshalb diese gesondert (Studiengruppe „NA“) betrachtet wurden. 9 (33 %, 3 IG, 6 VG II) der 27 Ärzt*innen waren männlich und 18 (66 %, 8 IG, 8 VG II, 2 NA) weiblich. Es gab keine*n 30- bis 40-jährige*n Arzt*Ärztin. 6 Ärzt*innen (22 %, 1 IG, 4 VG II, 1 NA) waren zwischen 41 und 50 Jahren und 4 Ärzt*innen (15 %, 2 IG und VG II) über 60 Jahre alt. Der Großteil mit ca. 63 % (17, 8 IG und VG II, 1 NA) war zwischen 51 und 60 Jahren alt. Die meisten der befragten Ärzt*innen mit ca. 44 % (12, 4 IG, 7 VG II, 1 NA) waren „Praxis-/Einrichtungsinhaber*in“ gefolgt von „Angestellte*r (Fach-) Ärztin*Arzt“ mit ca. einem Drittel (9, 3 IG, 5 VG II, 1 NA). Die IG-Ärzt*innen (min 18, max 40) wiesen mit im Schnitt 30 Jahren 4

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Jahre mehr Berufserfahrung auf als Ärzt*innen der VG II (min 18, max 38). Das gleiche Bild ergibt sich für die Dauer der Tätigkeit in einer onkologischen Einrichtung (26 Jahre in der IG, 22 Jahre in der VG II). Ärzt*innen der IG wiesen im Mittel ca. 48 Wochenstunden vor, ca. 2 Wochenstunden mehr als die der VG II, fühlten sich im Mittel aber auch (auf einer Skala von 0 = gar nicht belastet bis 10 = sehr belastet) mit 5 etwas mehr durch ihre onkologische Tätigkeit belastet als die VG II mit 4. Ärzt*innen der VG II hatten im Schnitt 25 Patientenkontakte pro Arbeitstag; in der IG waren es laut Angaben 24. Jeweils 11 Ärzt*innen (41 %) gaben an, dass die Etablierung der OncoCoaches zu einer zeitlichen Entlastung im Arbeitsalltag führte. 5 Ärzt*innen kreuzten „Nicht zutreffend“ an.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden 31 Fragebögen ausgegeben und 23 (ca. 74 %) kamen zurück. Im Rahmen der **zweiten schriftlichen Befragung der Ärzt*innen (zum Zeitpunkt T4)** wurden 23 Fragebögen ausgewertet, wobei von vier Einrichtungen (zwei IG und zwei VG II) jeweils zwei Fragebögen ausgefüllt wurden. Somit lag Datenmaterial von 19 verschiedenen Einrichtungen vor: Aus 9 (64 %) der insgesamt 14 Einrichtungen in der IG und aus 9 (60 %) der insgesamt 15 Einrichtungen in der VG II. Darüber hinaus gab es einen Fragebogen, der keiner Einrichtung zugeordnet werden konnte und deshalb separat betrachtet wurde (Studiengruppe „NA“). 8 der 23 Ärzt*innen (35 %, 3 IG, 4 VG II, 1 NA) waren weiblich und 15 männlich (65 %, 8 IG, 7 VG II). Der Großteil mit 56 % (13, 7 IG, 6 VG II) war 51 bis 60 Jahre alt. 4 Ärzt*innen (17 %, 2 IG und VG II) waren über 60 Jahre alt und 6 (26 %, 2 IG, 3 VG II, 1 NA) zwischen 41 und 50. Mit knapp 57 % (13, 6 IG, 7 VG II) waren die meisten der befragten Ärzt*innen praxis- bzw. einrichtungsinnehabend, gefolgt von angestellten (Fach-)Ärzt*innen mit 26 % (6, 2 IG, 3 VG II, 1 NA). Im Rahmen der zweiten Befragung wiesen die Ärzt*innen der IG (min 15, max 35) und VG II (19, 39) mit im Schnitt 27 Jahren dieselbe Berufserfahrung vor. Hinsichtlich der Dauer der Berufstätigkeit in einer onkologischen Einrichtung wies die IG mit 24 Jahren (min 12, 35) ein um 1 Jahr höheres Mittel als die Ärzt*innen der VG II (min 17, max 27) auf. IG-Ärzt*innen wiesen erneut mit 48 Stunden pro Woche eine um 2 Stunden höhere Wochenstundenzahl auf als VG II-Ärzt*innen und fühlten sich mit 6 (auf einer Skala von 0 = gar nicht belastet bis 10 = sehr belastet) um 1 mehr belastet als die VG II. Im Durchschnitt hatten Ärzt*innen der IG 24 Patientenkontakte an einem durchschnittlichen Arbeitstag und damit 6 mehr, als Ärzt*innen der VG II. Zu T4 gaben 10 Ärzt*innen (43 %, 4 IG, 5 VG II, 1 NA) an, dass die Etablierung von OncoCoaches zu einer zeitlichen Entlastung im Arbeitsalltag führte und 11 (48 %, 6 IG, 5 VG II) verneinten dies. Ein*e Arzt*Ärztin (4 %, der IG) kreuzte „Nicht zutreffend“ an und ein*e Arzt*Ärztin machte keine Angabe bei dem Item.

Abschnitt A der schriftlichen Befragung der Ärzt*innen zum Zeitpunkt T2 betrachtete die **Einstellung des ärztlichen Personals zu zentralen Aspekten der Patientenversorgung**. Die Items wurden in Anlehnung an die Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) sowie auf Basis der Literatur zu Early Integration (Cherny et al., 2003) formuliert und umfassten insgesamt 8 Aussagen. Die Beantwortung erfolgte auf einer 5-stufigen Antwortskala (theoretischer Wertebereich) von „Stimme überhaupt nicht zu“ (= 1) bis „Stimme voll und ganz zu“ (= 5). Zum ersten Erhebungszeitpunkt T2 wies die IG keine Nennung von „Stimme überhaupt nicht zu“ auf. Bei der zweiten Befragung zu T4 deckten beide Studiengruppen (IG und VG II) die gesamte Antwortskala ab. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Items war mit 0,45 zu T2 und 0,41 zu T4, eher gering (Moosbrugger & Kelava, 2020; Schecker, 2014). Ein Fragebogen der IG zu T2 enthielt keine Angaben zu Abschnitt A, wodurch etwa 9 % fehlende Werte in dieser Gruppe erklärt werden können; zu T4 traten keine fehlenden Werte auf. Die Mittelwerte der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studiengruppen unterscheiden sich nur minimal (Gruppe IG und NA 4,00; Gruppe VG II 4,04 bzw. als Mittelwerte der Summen IG 29,09; VG II 32,36; NA 32,00). Die Konfidenzintervalle überschnitten sich. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt T4 wies die IG mit 4,10 bzw. 32,82 einen minimal höheren Wert im Mittel auf als die VG II mit 3,98 bzw. 31,82, wobei auch hier die Konfidenzintervalle überlappten (Tabelle 45, Tabelle 46).

Tabelle 45: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt A

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	10	4.00	0.35	3.88	32.00	9.09	2–5	3.78–4.22
VG II	14	4.04	0.47	4.00	32.36	0.00	1–5	3.79–4.29
NA	2	4.00	0.35	4.00	32.00	0.00	2–5	3.51–4.49

Anzahl Items: 8

Cronbachs Alpha: 0.45

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Tabelle 46: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt A

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.10	0.32	4.12	32.82	0	1–5	3.91–4.29
VG II	11	3.98	0.41	4.00	31.82	0	1–5	3.74–4.22
NA	1	4.38		4.38	35.00	0	3–5	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.41

Im Rahmen von **Abschnitt C** wurden das **Innovationsklima** (Pfaff et al., 2004) sowie das **Vertrauen** (Spreitzer & Mishra, 1999) der befragten Ärzt*innen erhoben. Das Innovationsklima wurde anhand der Items 1.01 bis 1.07 erfasst (Cronbachs Alpha = 0,78) und auf einer 4-stufigen Skala beantwortet („Ich stimme überhaupt nicht zu“ = 1 bis „Ich stimme voll und ganz zu“ = 4). Die VG II erzielte im Vergleich zur IG einen höheren Mittelwert. In keiner der drei Gruppen wurde zu T2 oder T4 die Kategorie „Ich stimme überhaupt nicht zu“ gewählt. Die Konfidenzintervalle der Mittelwerte der drei Gruppen überlappten an beiden Erhebungszeitpunkten, was auf keine signifikanten Unterschiede hinweist (Tabelle 47 und Tabelle 48).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 47: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt C 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.42	0.38	3.29	23.36	2.6	3–4	3.2–3.64
VG II	14	3.44	0.35	3.57	24.07	0.0	2–4	3.26–3.62
NA	2	3.29	0.00	3.29	23.00	0.0	2–4	3.29–3.29

Anzahl Items: 7

Cronbachs Alpha: 0.78

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 48: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt C 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.31	0.38	3.14	23.18	0	2–4	3.09–3.53
VG II	11	3.39	0.37	3.57	23.73	0	3–4	3.17–3.61
NA	1	3.43		3.43	24.00	0	2–4	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.86

Das **Vertrauen** wurde auf Basis der Items 2.01 bis 2.16 (Cronbachs Alpha 0,90 zu T2; 0,79 zu T4) auf einer 7-stufigen Antwortskala (Ich stimme überhaupt nicht zu = 1, Ich stimme voll und ganz zu = 7) gemessen. Kein*e Arzt*Ärztin gab zu T2 „Ich stimme überhaupt nicht zu“ an. Der Mittelwert der VG II liegt zu beiden Zeitpunkten etwas höher als der Mittelwert der IG. Die Mittelwerte waren zum zweiten Erhebungszeitpunkt etwas niedriger im Vergleich zum ersten. Die beiden Fragebögen der Gruppe NA zu T2 erzielten einen deutlich niedrigeren Mittelwert. Die Konfidenzintervalle der drei Gruppen überschnitten sich auch hier (Tabelle 49, Tabelle 50).

Tabelle 49: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt C 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	5.63	0.39	5.69	90.09	0	2–7	5.4–5.86
VG II	14	5.86	0.51	5.97	93.71	0	2–7	5.59–6.13
NA	2	4.41	1.02	4.41	70.50	0	2–7	3–5.82

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anzahl Items: 16

Cronbachs Alpha: 0.9

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 50: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt C 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	5.25	0.42	5.25	84.00	0.00	1–7	5–5.5
VG II	11	5.46	0.49	5.56	87.36	0.00	1–7	5.17–5.75
NA	1	5.60		5.60	84.00	6.25	2–7	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.79

Abschnitt F fragte die **subjektive Norm** ("The second predictor is a social factor termed subjective norm; it refers to the perceived social pressure to perform or not to perform the behavior.") als Konzept der Theory of Planned Behavior ab. Die Items (1.01 bis 1.06 und 2.01 bis 2.04) wurden selbst entwickelt und auf Basis des CFIR (Damschroder et al., 2009; Damschroder et al., 2022) formuliert. 1.01 bis 1.06 (Cronbachs Alpha 0,85) thematisierten die **Erwartungshaltung gegenüber dem*der Arzt*Ärztin an einem Projekt wie OnCoPaTh teilzunehmen** und wurden auf einer 5-stufigen Antwortskala (Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 5) bewertet. Der höchste Mittelwert wurde in der IG im Gruppenvergleich erzielt. Die Konfidenzintervalle überschnitten sich (Tabelle 51).

Tabelle 51: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt F 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.81	0.55	4.00	21.91	4.55	1–5	3.48–4.14
VG II	14	3.38	0.79	3.45	18.71	7.14	1–5	2.97–3.79
NA	2	2.95	0.64	2.95	16.00	8.33	2–4	2.06–3.84

Anzahl Items: 6

Cronbachs Alpha: 0.85

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Items 2.01 und 2.02 (Cronbachs Alpha 0,38) des Abschnitts wurden ebenfalls mit der 5-stufigen Antwortskala bewertet und thematisierten die **Erwartungen der Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung oder deren Angehörigen**. Das höchste Mittel erreichten die beiden Ärzt*innen, die keiner Studiengruppe zugeordnet wurden, da deren Einrichtungen nicht in der C-RCT aktiv waren. Im Gruppenvergleich der IG und VG II wies die VG II ein etwas höheres Mittel auf. Die Konfidenzintervalle überlappten und es gab keine fehlenden Werte (Tabelle 52).

Tabelle 52: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt F 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.59	0.58	3.50	7.18	0	3–5	3.25–3.93
VG II	14	3.68	0.70	4.00	7.36	0	2–5	3.31–4.05
NA	2	3.75	1.06	3.75	7.50	0	2–5	2.28–5.22

Anzahl Items: 2

Cronbachs Alpha: 0.38

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Die Items 2.03 und 2.04 des Abschnitts konnten mit Ja oder Nein beantwortet werden. 6 (4 IG, 2 VG II) der 27 Ärzt*innen (22 %) gaben an, dass Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung oder deren Angehörige eine über die ärztliche Versorgung hinausgehende Betreuung (z.B. durch den OncoCoach) erhielten. Dass Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung oder deren Angehörige eine über die ärztliche Versorgung hinausgehende palliative Unterstützung (z.B. durch eine spezialisierte Pflegefachperson) erhielten, gaben 12 (6 IG, 5 VG II, 1 NA) Ärzt*innen (44 %) an.

In **Abschnitt G** der ersten Ärztebefragung zu T2 fand das Instrument des **Practice Adaptive Reserve** (Jaén et al., 2010) Anwendung, wobei adaptive reserve als “practice features that enhance resilience, such as relationships” (Miller et al., 2010) definiert ist. Die Items des Abschnitts (1 bis 14) wurden mittels einer 5-stufigen Antwortskala (Trifft nicht zu = 1, Trifft zu = 5) gemessen. Das Cronbachs Alpha betrug 0,89. Beim Vergleich der Gruppen wies die VG II den höchsten Wert im Mittel auf. Das berechnete CI der zwei Ärzt*innen, die in der C-RCT-Phase nicht aktiv waren (NA), überschnitt sich nicht mit denen der IG und VG II. In der IG und VG II gab es keine fehlenden Werte (Tabelle 53).

Tabelle 53: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt G

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.24	0.38	4.14	59.36	0.00	2–5	4.02–4.46

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG II	14	4.28	0.40	4.39	59.93	0.00	1–5	4.07–4.49
NA	2	3.18	0.04	3.18	43.00	3.57	1–5	3.12–3.24

Anzahl Items: 14

Cronbachs Alpha: 0.89

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

In **Abschnitt E** der zweiten Ärztebefragung zu T4 wurde anstatt des Practice Adaptive Reserve zur Erfassung von Informationen über die **Arbeitsabläufe** und zur Messung der „facility's agency capacity" in der Einrichtung das Instrument AGIL (Pfaff et al., 2022) verwendet. Die Items (1 bis 8, Cronbachs Alpha 0,82) des Abschnitts wurden auf einer 4-stufigen Antwortskala (Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 4) bewertet. Es gab keine fehlenden Werte. Sowohl in der IG als auch in der VG II wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu" angegeben. Die Konfidenzintervalle überschnitten sich. Die VG II wies auch bei diesem Instrument einen höheren Mittelwert im Vergleich zur IG auf (Tabelle 54).

Tabelle 54: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt E

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.00	0.30	3.00	24.00	0	2–4	2.82–3.18
VG II	11	3.17	0.36	3.25	25.36	0	2–4	2.96–3.38
NA	1	3.75		3.75	30.00	0	3–4	NA–NA

Anzahl Items: 8

Cronbachs Alpha: 0.82

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Die deutsche Version des Instruments „**Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC)**" (Lindig et al., 2020) misst die Bereitschaft einer Organisation bzw. Einrichtung, geplante und anstehende Veränderungen (erfolgreich) umzusetzen. Das Erhebungsinstrument basiert auf der Change Readiness Theory und untersucht dabei die verhaltensbezogene sowie psychologische Bereitschaft innerhalb einer Organisation bzw. Einrichtung. Es stellte **Abschnitt I** des ersten Ärztefragebogens zu T2 (Tabelle 55) und **Abschnitt G** des zweiten Ärztefragebogens zu T4 (Tabelle 56) dar. Das zehnte Item des Instruments wurde ausgelassen, da es inhaltlich nicht relevant war. Bezüglich der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Interpretation impliziert ein höherer Summenscore eine größere organisationale Bereitschaft für einen Wandel (Lindig et al., 2020). Gemessen wurde mittels einer 5-stufigen Antwortskala (Stimme nicht zu = 0, Stimme zu = 4). Die Items 1 bis 5 (Cronbachs Alpha 0,95 zu T2 und 0,90 zu T4) bilden die **Subskala „change commitment“** in Anlehnung an (Weiner, 2009) ab. Die IG und die VG II erzielten nahezu identische Mittelwerte zu T2. Zu T4 war die VG II im Mittel etwas höher als die IG. Die Konfidenzintervalle der IG und VG II überlappten. Die zwei keiner Studiengruppe zugeordneten Ärzt*innen (NA) zu T2 erreichten einen deutlich geringen Mittelwert und das Konfidenzintervall überschnitt sich nicht mit dem der IG und VG II. In der IG und VG II wurde keinmal „Stimme nicht zu“ angekreuzt. Bei den beiden keiner zugeordneten Fragebögen wurde keinmal „Stimme zu“ angekreuzt. Es gab keine fehlenden Werte.

Tabelle 55: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt I 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.05	0.73	2.8	15.27	0	1–4	2.62–3.48
VG II	14	3.06	0.56	3.0	15.29	0	1–4	2.77–3.35
NA	2	0.90	0.99	0.9	4.50	0	0–3	-0.47–2.27

Anzahl Items: 5

Cronbachs Alpha: 0.95

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 0–4

Tabelle 56: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt G 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	2.71	0.54	2.8	13.55	0.00	1–4	2.39–3.03
VG II	10	2.80	0.63	2.9	13.70	10.91	1–4	2.41–3.19
NA	1	4.00		4.0	20.00	0.00	4–4	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.9

Die Items 6 bis 10 bzw. 9 (Cronbachs Alpha 0,94 zu T2, 0,92 zu T4) decken die **Subskala „change efficacy“** (Weiner, 2009) ab. Hierbei erzielte die IG zu T2 (Tabelle 57) und die VG II zu T4 (

Tabelle *58*) einen leicht höheren Mittelwert im Gruppenvergleich. Die Konfidenzintervalle der beiden Gruppen überlappten. Die zwei Fragebögen der in der C-RCT inaktiven Einrichtungen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(NA) zu T2 zeigten einen mit Abstand geringeren Wert im Mittel und das Konfidenzintervall überschnitt sich nicht mit dem der IG oder VG II. Zu T2 wurde in der IG bei keinem der vier Items „Stimme nicht zu“ angekreuzt. Bei den zwei keiner Studiengruppe zugeordneten Fragebögen wurde keinmal „Stimme eher zu“ und „Stimme zu“ angegeben.

Tabelle 57: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt I 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.00	0.60	3	12.00	0	2–4	2.65–3.35
VG II	14	2.91	0.55	3	11.64	0	1–4	2.62–3.2
NA	2	1.00	0.71	1	4.00	0	0–2	0.02–1.98

Anzahl Items: 4

Cronbachs Alpha: 0.94

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

Tabelle 58: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt G 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	2.59	0.50	3	10.36	0.00	1–3	2.29–2.89
VG II	9	2.92	0.52	3	11.67	18.18	1–4	2.58–3.26
NA	1	4.00		4	16.00	0.00	4–4	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.92

Als **Abschnitt I der zweiten Ärztebefragung zu T4** fand die **deutsche Version der implementation leadership scale** Anwendung (Söling et al., 2022). Die ILS misst den Grad, in dem eine Führungsperson proaktiv, wissend, unterstützend und ausdauernd ist, eine evidenzbasierte Maßnahme/Innovation zu implementieren. Das Instrument umfasst 12 Items, über die mittels 3 Items als Subskala jeweils ein bestimmter Typ abgebildet wurde. Die Auswertungsskala war 5-stufig (Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 5). Der erste Typ, „**Proaktiver Typ**“, wurde mit Hilfe der ersten 3 Items (Cronbachs Alpha 0,83) erfasst. Dabei zeigte die VG II einen im Mittel höheren Wert als die IG und die CIs überschnitten sich. In der IG und VG II wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ angegeben (Tabelle 59).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 59: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.30	0.78	3.33	9.91	0.00	2–5	2.84–3.76
VG II	10	3.53	0.59	3.33	10.60	9.09	2–5	3.16–3.9
NA	1	4.67		4.67	14.00	0.00	4–5	NA–NA

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.83

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Der zweite Typ „**Wissender Typ**“ wurde mittels der Items 4 bis 6 (Cronbachs Alpha 0,88) erfasst. Hierbei ergab sich für die VG II ein minimal höherer Mittelwert als bei der IG und die Konfidenzintervalle überlappten. In beiden Studiengruppen wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ (= 1) und „Stimme eher nicht zu“ (= 2) angekreuzt (Tabelle 60).

Tabelle 60: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.12	0.45	4	12.36	0.00	3–5	3.85–4.39
VG II	10	4.17	0.45	4	12.50	9.09	3–5	3.89–4.45
NA	1	5.00		5	15.00	0.00	5–5	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.88

Der **„Unterstützende(r) Typ**“ wurde mit den Items 7 bis 9 (Cronbachs Alpha 0,83) gemessen. Erneut wies die VG II ein höheres Mittel auf und erneut überschnitten sich die Konfidenzintervalle beider Gruppen. In der IG wurde weder „Stimme überhaupt nicht zu“ (= 1) und „Stimme eher nicht zu“ (= 2) angekreuzt und in der VG II auch nicht „Teils teils“ (Tabelle 61).

Tabelle 61: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 3

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.12	0.45	4	12.36	0.00	3–5	3.85–4.39
VG II	10	4.27	0.41	4	12.80	9.09	4–5	4.02–4.52

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
NA	1	5.00		5	15.00	0.00	5–5	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.83

Als vierter Typ ist der **„Ausdauernde(r) Typ**“ definiert, welcher über die Items 10 bis 12 (Cronbachs Alpha 0,82) erfasst wurde. Hierbei lag die IG im Mittel etwas über der VG II. Die Konfidenzintervalle überschnitten sich und in der IG wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ (= 1) angekreuzt. In der VG II wurde weder „Stimme überhaupt nicht zu“ (= 1) noch „Stimme eher nicht zu“ (= 2) angegeben (Tabelle 62).

Tabelle 62: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt I 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.70	0.53	4.00	11.09	0.00	2–5	3.39–4.01
VG II	10	3.63	0.58	3.33	10.90	9.09	3–5	3.27–3.99
NA	1	5.00		5.00	15.00	0.00	5–5	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.82

Im Rahmen des **Abschnitts K** wurden **soziodemographische Angaben** der ausfüllenden Personen sowie **Einrichtungsmerkmale** abgefragt. 18 der 27 Ärzt*innen (67 %) waren männlich und keine Person gab an divers zu sein. Kein*e Arz*Ärztin war jünger als 40 Jahre. Sechs Personen waren zwischen 41 und 50 Jahren, 17 zwischen 51 und 60 Jahren und vier über 60 Jahre alt. 12 der Ärzt*innen (44 %) waren die Praxisinhaber*innen und 9 (33 %) waren angestellt. Keine Person war angestellt und befand sich in Weiterbildung. Zwei Ärzt*innen machten keine Angabe (7,4 %) bezüglich ihrer Funktion in der Einrichtung. 4 Ärzt*innen (15 %) gaben an, in anderer Funktion (z.B. Leitungsfunktion im OnCoPaTh Projekt, o.Ä.) tätig gewesen zu sein. Dabei nutzten drei Ärzt*innen das zugehörige Freitextfeld und trugen im Wesentlichen die Leitungsfunktion im Rahmen der Studie ein (bspw. „aerztl. Leitung + Leitungsfunktion im OnCoPaTh-Projekt“). Die Ärzt*innen in den IG-Einrichtungen wiesen im Mittel mit 30 Jahren vier Jahre mehr Berufserfahrung auf als die Ärzt*innen in der VG II. Die beiden Ärzt*innen, die keiner Studiengruppe zugewiesen wurden (aufgrund von keinerlei Patienteneinschluss in der C-RCT-Studienphase), waren im Mittel 24 Jahre als Arzt*Ärztin tätig. Ärzt*innen der VG II waren hingegen mit 15 Jahren vier Jahre länger als IG-Ärzt*innen in der Einrichtung tätig, in der sie zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten. Ärzt*innen der IG arbeiteten im Schnitt 48 Stunden pro Woche für die Einrichtung (VG II 46 Stunden, NA 50 Stunden), fühlten sich im Schnitt aber auch um einen Punkt höher belastet (auf einer Skala von 1 bis 10) als Ärzt*innen der VG II. Die beiden Ärzt*innen, die keiner Studiengruppe zugeordnet wurden, gaben eine Belastung von sieben an. Im Mittel einen Patientenkontakt mehr an einem durchschnittlichen Arbeitstag hatten Ärzt*innen der VG II im Vergleich zur IG. Insgesamt 13 Personen (48 %) gaben an, dass in ihrer Einrichtung bereits vor dem Start der C-RCT-Phase (und damit der Implementierung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh) eine

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Beratung von Patient*innen im Rahmen einer nichtärztlichen Sprechstunde (z.B. zu Nebenwirkungen, Oralia oder zur palliativen Pflege) erfolgte. Davon waren acht Einrichtungen (30 %) VG II-Einrichtungen und fünf IG-Einrichtungen (18 %). Elf Ärzt*innen (41 %) berichteten, dass sie durch die Etablierung von OncoCoaches im Arbeitsalltag bei den betreffenden Patient*innen zeitlich entlastet wurden (4 (15 %) in der IG und 7 (26 %) in der VG II).

3.2.3.4 Schriftliche Befragungen – OCs

Im Rahmen der **ersten schriftlichen Befragung der OncoCoaches bzw. des auszubildenden Fachpersonals zu T0**, vor Projektstart im Oktober 2020 und damit auch vor der OncoCoach-Schulung des Personals im Rahmen des Projekts, kamen 83 Fragebögen zurück. Die Fragebögen stammen aus mindestens 34 verschiedenen Organisationen, wobei 8 Fragebögen (10 %) keiner onkologischen Versorgungseinrichtung zugeordnet werden konnten. 5 Fragebögen (6 %) stammen von Personal, das bereits zu T0 als OncoCoach geschult war, da es die Schulung bereits vor Studienstart absolviert hatte. Weitere 5 Fragebögen (6 %) sind aus Einrichtungen, die in der VG I-Phase nicht aktiv waren. Zu 6 Einrichtungen gab es jeweils nur einen Fragebogen. 3 (4 %) Fragebögen konnten gar nicht zugeordnet werden und wurden somit als NA gruppiert. 80 (96 %) der 83 Personen, die einen Fragebogen ausfüllten, waren weiblich und 3 männlich (4 %). Die älteste Person wurde 1961 geboren, die jüngste 1998. 4 Personen (5 %) machten keine Angabe zu ihrem Geburtsjahr. 49 (60 %) der Fachkräfte sind vor 1980 geboren. Der Großteil (n =42, 51 %) hat mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss, gefolgt von Fachabitur, Abitur oder Fachoberschulreife mit ca. 39 % (n =32). Knapp drei Viertel (n =61, 73 %) haben eine Lehre bzw. Ausbildung als höchsten Berufsabschluss. 7 Personen (8 %) gaben an, einen Meister bzw. eine Fachschule besucht zu haben und 9 Personen (11 %) einen Abschluss von einer Fachhochschule oder Universität. Das befragte Personal war zum Zeitpunkt der Befragung ca. zur Hälfte vollzeitbeschäftigt (n =42, 51 %) und zur anderen Hälfte teilzeitbeschäftigt (n =40, 48 %). Eine Person (1 %) machte keine Angabe. Medizinische*r Fachangestellte*r waren 30 (36 %) der 83 Befragten. Der größte Teil (n =49, 59 %) war Krankenpfleger*in. 4 Personen (5 %) absolvierten ein Studium und 14 (17 %) Personen gaben unter der Antwortoption „Sonstiges“ etwas an. 34 (41 %) der Befragten berichteten, dass ihnen kein separater Raum für die Coaching-Gespräche mit Patient*innen zur Verfügung stünde. 32 Personen (39 %) kreuzten an, dass ihnen ein separater Raum zur Verfügung steht und 17 (20 %) machten keine Angabe. Die meisten Fachkräfte (n =37, 45 %) betreuten nach eigener Angabe zwischen 0 und 5 Patient*innen in der letzten Woche vor dem Ausfüllen des Fragebogens im Rahmen ihrer beratenden Tätigkeit. Am zweithäufigsten (n =14, 17 %) gaben die Personen an, mehr als 15 Patient*Innen in der vergangenen Woche im Rahmen ihrer beratenden Tätigkeit betreut zu haben. 16 (19 %) der Befragten machten keine Angabe.

Die **zweite schriftliche Befragung der OncoCoaches** fand **zu T1** prinzipiell nach Studienstart und individuell nach Erhalt der OncoCoach-Schulung im Rahmen des Projekts statt. Der Rücklauf beträgt 54 Fragebögen aus 26 verschiedenen Versorgungseinrichtungen. Zu 7 Einrichtungen gab es jeweils nur einen Fragebogen. 2 (4 %) Fragebögen konnten keiner Organisation zugeordnet werden und wurden somit als NA gruppiert. Weitere 3 Fragebögen (6 %) stammen aus Einrichtungen, die in der VG I-Phase nicht aktiv waren. Im Rahmen des T1-Fragebogens wurden keine Angaben zur Person abgefragt.

Zu **T6** am Ende der C-RCT-Studienphase fand die **dritte schriftliche Befragung** der teilnehmenden OncoCoaches statt. Hierbei belief sich der Rücklauf auf 29 Fragebögen, 10 von

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

OncoCoaches aus der IG und 19 aus der VG II, wobei 3 der VG II-Fragebögen unausgefüllt waren. Die Fragebögen stammen aus 19 verschiedenen Einrichtungen (8 IG-Einrichtungen und 11 VG II-Einrichtungen). Zu 11 Organisationen (6 IG, 5 VG II) kam jeweils nur ein Fragebogen zurück. 23 (79 %) der Befragten waren weiblich. Die älteste Person wurde 1961 geboren und die Jüngste 1993. 17 (59 %) der OncoCoaches sind vor 1980 geboren. 16 (55 %, 6 IG, 10 VG II) Personen hatten mittlere Reife bzw. einen gleichwertigen Schulabschluss und 8 OncoCoaches (28 %, 3 IG, 5 VG II) hatten (Fach-)Abitur. 5 (17 %, 1 IG, 4 VG II) der Befragten machten keine Angabe. Der Großteil der befragten Personen (62 %, 6 IG, 12 VG II) hatte eine Lehre bzw. Ausbildung als höchsten Berufsabschluss. 15 (52 %, 5 IG, 10 VG II) OncoCoaches arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung in Vollzeit, 9 (31 %, 4 IG, 5 VG II) in Teilzeit und 5 (17 %, 1 IG, 4 VG II) machten keine Angabe bezüglich ihres derzeitigen Beschäftigungsstatus. Die meisten OncoCoaches (n =20, 69 %, 7 IG, 13 VG II) waren Krankenpfleger*in, gefolgt von medizinischen Fachangestellten (n =3, 10 %, 1 IG, 2 VG II).

Abschnitt E zu T0 (Tabelle 63) **und T1** (Tabelle 64) **bzw. Abschnitt D zu T6** (Tabelle 65) dienten der Erfassung der Einschätzung der Befragten zu ihrem **Umgang mit Herausforderungen im Alltag**. Hierzu wurde das Instrument der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung verwendet (Schwarzer & Jerusalem, 1999). „Das Konzept der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung fragt nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen.“ (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Hierzu werden 10 Items verwendet, die über eine 4-stufige Antwortskala beantwortet werden („Ich stimme voll und ganz zu“ = 4 bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ = 1). Das Cronbachs Alpha betrug 0,86 zu T0, 0,85 zu T1 und 0,92 zu T6. Zum dritten Erhebungszeitpunkt wurde im Mittel die höchste Zustimmung erreicht, wobei die VG II etwas mehr Zustimmung zeigte als die IG. Jedoch waren die Standardabweichung und der Anteil fehlender Werte höher als in der IG und es wurde keinmal „Ich stimme überhaupt nicht zu“ in der VG II angegeben. Das Mittel war zum Zeitpunkt nach der Schulung (T1) am geringsten beim Vergleich der drei Erhebungszeitpunkte. Zu T1 wurde keinmal „Ich stimme überhaupt nicht zu“ angekreuzt.

Tabelle 63: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt E

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	70	2.79	0.37	2.78	27.86	0.29	2–4	2.7–2.88
geschult	5	2.56	0.05	2.60	25.60	0.00	2–3	2.52–2.6
nicht aktiv	5	2.26	0.49	2.40	22.60	0.00	1–3	1.83–2.69
NA	3	2.90	0.17	2.80	29.00	0.00	2–4	2.71–3.09

Anzahl Items: 10

Cronbachs Alpha: 0.86

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 64: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt E

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	2.14	0.31	2.20	21.37	0.20	1–3	2.05–2.23
nicht aktiv	3	2.11	0.46	2.22	20.33	3.33	1–3	1.59–2.63
NA	2	2.75	0.21	2.75	27.50	0.00	2–3	2.46–3.04

Cronbachs Alpha: 0.85

Tabelle 65: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt D

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	2.89	0.26	3	28.89	10.00	1–4	2.72–3.06
VG II	16	3.05	0.52	3	29.44	18.95	2–4	2.8–3.3

Cronbachs Alpha: 0.92

Das **Wissen sowie die Kenntnisse und Erfahrungen der OncoCoaches rund um das Thema „onkologische Versorgung und Betreuung“** wurden in **Abschnitt F zu T0** (Tabelle 66) **und T1** (Tabelle 67) **respektive Abschnitt E zu T6** (Tabelle 68) mittels selbstentwickelter Items erhoben. Die ersten Items des Abschnitts beziehen sich darauf, wie die **OncoCoaches ihre Kenntnis zu verschiedenen Aspekten in der Versorgung einschätzen**. Die Antwortskala war 4-stufig von „Ich stimme voll und ganz zu“ (=1) bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (=4). Zu T0 wurden 5 Items hinsichtlich der Kenntnis der OncoCoaches verwendet. 4 (5 %) der zu T0 befragten Personen gaben an, dass sie sich nicht mit der Versorgung onkologischer Patient*innen auskennen und 19 % (n =16), dass sie sich nicht mit dem Thema „onkologische Therapien (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch)" auskennen. Zu T1 war es eine Person (2 %), die der Aussage „Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.“ und 8 Personen (15 %), die der Aussage hinsichtlich des Themas onkologischer Therapien (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch)" nicht zustimmte(n). Zu T6 stimmte keine*r der OncoCoaches der ersten Aussage nicht zu. Beim zweiten Item stimmten 2 OncoCoaches (der IG) der Aussage nicht zu. Mit der Beratung von onkologischen Patient*innen kannten sich nach eigener Angabe 16 (19 %) der Befragten zu T0 und 3 Personen (6 %) zu T1 nicht aus. Zu T6 gab es hinsichtlich dieses Items nur Zustimmung. Mit Angeboten zur Selbsthilfe onkologischer Patient*innen kannten sich 50 (61 %) der zu T0 befragten Personen nicht aus und 41 (49 %) Personen kannten sich nicht mit Angeboten der palliativen Pflege aus. Zu T1 waren es 18 der OncoCoaches (33 %) hinsichtlich Nichtzustimmung bei Angeboten zur Selbsthilfe und 15 (28 %) bei Angeboten der palliativen Pflege. Im Rahmen der letzten Erhebung (zu T6) waren es 6 (21 %) respektive 1 (3 %) Person, die nicht zustimmten und damit angaben, sich nicht mit den Angeboten auszukennen. Zu T1 und T6 wurde als ein sechstes Item noch die Zustimmung zur Aussage „Ich kenne den

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Unterschied zwischen einer frühen palliativen Betreuung und der allgemeinen bzw. spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV).“ abgefragt. In der zweiten Befragung (T1) stimmten 12 (22 %) der OncoCoaches der Aussage nicht zu und zu T6 4 (14 %).

Tabelle 66: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 1

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.					
Ich stimme voll und ganz zu	1 (20,00%)	2 (66,67%)	1 (20,00%)	19 (27,14%)	23 (27,71%)
Ich stimme zu	4 (80,00%)	1 (33,33%)	4 (80,00%)	47 (67,14%)	56 (67,47%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (5,71%)	4 (4,82%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch)" aus.					
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	11 (15,71%)	11 (13,25%)
Ich stimme zu	5 (100,00%)	3 (100,00%)	4 (80,00%)	44 (62,86%)	56 (67,47%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	14 (20,00%)	15 (18,07%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,43%)	1 (1,20%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.					
Ich stimme voll und ganz zu	1 (20,00%)	1 (33,33%)	1 (20,00%)	15 (21,43%)	18 (21,69%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	2 (66,67%)	2 (40,00%)	42 (60,00%)	49 (59,04%)
Ich stimme nicht zu	1 (20,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	13 (18,57%)	16 (19,28%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.					
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (11,43%)	8 (9,64%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	2 (66,67%)	0 (0,00%)	20 (28,57%)	25 (30,12%)
Ich stimme nicht zu	2 (40,00%)	1 (33,33%)	3 (60,00%)	40 (57,14%)	46 (55,42%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	2 (2,86%)	4 (4,82%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus.					
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	12 (17,14%)	13 (15,66%)
Ich stimme zu	1 (20,00%)	2 (66,67%)	1 (20,00%)	25 (35,71%)	29 (34,94%)
Ich stimme nicht zu	4 (80,00%)	0 (0,00%)	3 (60,00%)	31 (44,29%)	38 (45,78%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	2 (2,86%)	3 (3,61%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tabelle 67: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 1

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	17 (34,69%)	18 (33,33%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	31 (63,27%)	35 (64,81%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch)" aus.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	13 (26,53%)	14 (25,93%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	28 (57,14%)	32 (59,26%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (16,33%)	8 (14,81%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	17 (34,69%)	17 (31,48%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	30 (61,22%)	34 (62,96%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	2 (4,08%)	3 (5,56%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	8 (16,33%)	9 (16,67%)
Ich stimme zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	26 (53,06%)	27 (50,00%)
Ich stimme nicht zu	2 (100,00%)	1 (33,33%)	15 (30,61%)	18 (33,33%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	12 (24,49%)	13 (24,07%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	0 (0,00%)	24 (48,98%)	25 (46,30%)
Ich stimme nicht zu	1 (50,00%)	2 (66,67%)	12 (24,49%)	15 (27,78%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
Ich kenne den Unterschied zwischen einer frühen palliativen Betreuung und der allgemeinen bzw. spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV).				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	20 (40,82%)	21 (38,89%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	19 (38,78%)	21 (38,89%)
Ich stimme nicht zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	10 (20,41%)	12 (22,22%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tabelle 68: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt E 1

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	IG	VG II	Gesamt
Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	6 (31,58%)	9 (31,03%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	10 (52,63%)	16 (55,17%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	IG	VG II	Gesamt
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien“ (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch) aus.			
Ich stimme voll und ganz zu	2 (20,00%)	6 (31,58%)	8 (27,59%)
Ich stimme zu	5 (50,00%)	10 (52,63%)	15 (51,72%)
Ich stimme nicht zu	2 (20,00%)	0 (0,00%)	2 (6,90%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.			
Ich stimme voll und ganz zu	2 (20,00%)	8 (42,11%)	10 (34,48%)
Ich stimme zu	7 (70,00%)	8 (42,11%)	15 (51,72%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.			
Ich stimme voll und ganz zu	2 (20,00%)	3 (15,79%)	5 (17,24%)
Ich stimme zu	5 (50,00%)	9 (47,37%)	14 (48,28%)
Ich stimme nicht zu	2 (20,00%)	4 (21,05%)	6 (20,69%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	4 (21,05%)	7 (24,14%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	10 (52,63%)	16 (55,17%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	IG	VG II	Gesamt
Ich kenne den Unterschied zwischen einer frühen palliativen Betreuung und der allgemeinen bzw. spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV).			
Ich stimme voll und ganz zu	5 (50,00%)	6 (31,58%)	11 (37,93%)
Ich stimme zu	3 (30,00%)	7 (36,84%)	10 (34,48%)
Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)

Die darauffolgenden Items fragten ab, wie die **OncoCoaches ihre Kompetenz zu verschiedenen Aspekten in der Versorgung einschätzen.** Es wurde dieselbe 4-stufige Antwortskala von „Ich stimme voll und ganz zu“ (=1) bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (=4) verwendet. Hinsichtlich des Gefühls von Kompetenz der OncoCoaches, Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen bzw. Therapie zu informieren, gaben zu T0 27 Personen (33 %) an, dass sie der Aussage (überhaupt) nicht zustimmen. Zu T1 waren es 7 Personen (13 %) und zu T6 ein OncoCoach der IG (3 %), die nicht zustimmten. Der Kompetenz, Patient*innen hinsichtlich psychoonkologischer Belastungen zu unterstützen, stimmten 30 der Befragten (36 %) zu T0 (überhaupt) nicht zu. Nach der Schulung, also zu T1, war dieser Anteil mit 7 % (n =4) kleiner und zu T6 nahm der Anteil noch mehr ab, mit nur noch einer Person (3 %). Sich hinsichtlich einer Implementierung des OncoCoachings und der frühen palliativen Begleitung gemeinsam mit den Ärzt*innen kompetent zu fühlen, widersprachen beim ersten Erhebungszeitpunkt 17 der Befragten (20 %), wobei dieser Anteil zu T1 abnahm (n = 6, 11 %) und zu T6 waren es nur noch 2 OncoCoaches (7 %, 1 IG, 1 VG II). Es stimmten nur 6 Personen (7 %) zu T0 der Aussage nicht zu, dass sie sich kompetent fühlen, die Patientenbetreuung gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten. Zu T1 war der Anteil mit 17 % (n = 9) etwas größer und zu T6 mit 7 % (n = 2, 1 IG, 1 VG II) gleich. 53 (98 %) der 54 OncoCoaches nach der Schulung (T1) stimmten der Aussage (voll und ganz) zu, dass sie sich kompetent darin fühlen, ein Coaching-Gespräch angemessen vorzubereiten. Zu T6 belief sich dieser Anteil auf 86 % (n = 25, 9 IG, 16 VG II), wobei die restlichen 14 % fehlende Werte darstellten. Hinsichtlich Informationen zu Medikamenten über zuverlässige Quellen zu finden erachtete sich keine*r der befragten OncoCoaches zu T1 und T6 als nicht kompetent (Antwortoptionen „Ich stimme nicht zu“ oder „Ich stimme überhaupt nicht zu“). Die Bedürfnisse der onkologischen Patient*innen einzuschätzen empfanden sich nach der Schulung (T1) alle 54 der befragten Personen in der Lage bzw. kompetent zu (Antwortoptionen „Ich stimme voll und ganz zu“ oder „Ich stimme zu“). Am Ende des Studienzeitraumes (T6) stimmten 2 OncoCoaches (7 %, 2 VG II) der Aussage nicht zu. Onkologische Patient*innen über das Angebot und die Vorteile einer frühen palliativen Betreuung zu informieren, fühlten sich zu T1 9 % (n = 5) der OncoCoaches nicht kompetent zu (Antwortoptionen „Ich stimme nicht zu“ und „Ich stimme überhaupt nicht zu“). Zu T6 belief sich der Anteil auf 3 % (n = 1, 1 IG). 7 der geschulten OncoCoaches (13 %) zu T1 fühlten sich nicht kompetent darin, Widerstände oder Bedenken zur frühen palliativen Betreuung seitens der Patient*innen zu identifizieren und darauf einzugehen. Am Ende der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studienlaufzeit (T6) gab es keine*n OncoCoach*in, welche*r der Aussage (überhaupt) nicht zustimmte. Dahingehend, die Angehörigen in das OncoCoaching einzubeziehen, fühlten sich 3 Personen (6 %) zu T1 nicht kompetent zu (Antwortoption „Ich stimme nicht zu“) und zu T6 1 OncoCoach*in (3 %). Siehe Tabelle 69, Tabelle 70, Tabelle 71.

Tabelle 69: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 2

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich fühle mich kompetent darin, onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.					
Ich stimme voll und ganz zu	2 (40,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	10 (14,29%)	12 (14,46%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	3 (100,00%)	2 (40,00%)	35 (50,00%)	43 (51,81%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	23 (32,86%)	25 (30,12%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	1 (1,43%)	2 (2,41%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,43%)	1 (1,20%)
Ich fühle mich kompetent darin, Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.					
Ich stimme voll und ganz zu	1 (20,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	7 (10,00%)	9 (10,84%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	1 (33,33%)	2 (40,00%)	38 (54,29%)	44 (53,01%)
Ich stimme nicht zu	1 (20,00%)	1 (33,33%)	2 (40,00%)	25 (35,71%)	29 (34,94%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	0 (0,00%)	1 (1,20%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich fühle mich kompetent darin, gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung an diesem Standort zu implementieren.					
Ich stimme voll und ganz zu	2 (40,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	20 (28,57%)	23 (27,71%)
Ich stimme zu	2 (40,00%)	1 (33,33%)	3 (60,00%)	37 (52,86%)	43 (51,81%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich stimme nicht zu	1 (20,00%)	1 (33,33%)	2 (40,00%)	13 (18,57%)	17 (20,48%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich fühle mich kompetent darin, die Betreuung der Patient*innen gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.					
Ich stimme voll und ganz zu	2 (40,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	20 (28,57%)	23 (27,71%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	1 (33,33%)	4 (80,00%)	46 (65,71%)	54 (65,06%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (20,00%)	4 (5,71%)	6 (7,23%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tabelle 70: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 2

Ich fühle mich kompetent darin, …	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
…ein Coaching-Gespräch angemessen vorzubereiten (d.h. Rahmenbedingungen herzustellen und wichtige Informationen zu sammeln).				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	25 (51,02%)	26 (48,15%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	2 (66,67%)	24 (48,98%)	27 (50,00%)
Ich stimme nicht zu	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,85%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…Informationen zu Medikamenten über zuverlässige Quellen zu finden.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	27 (55,10%)	28 (51,85%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	22 (44,90%)	26 (48,15%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ich fühle mich kompetent darin, …	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…die Bedürfnisse der onkologischen Patient*innen einzuschätzen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	15 (30,61%)	16 (29,63%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	34 (69,39%)	38 (70,37%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	18 (36,73%)	18 (33,33%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	3 (100,00%)	24 (48,98%)	29 (53,70%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (14,29%)	7 (12,96%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	14 (28,57%)	15 (27,78%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	31 (63,27%)	35 (64,81%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (8,16%)	4 (7,41%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung an diesem Standort zu implementieren.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	12 (24,49%)	12 (22,22%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	32 (65,31%)	36 (66,67%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	5 (10,20%)	6 (11,11%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ich fühle mich kompetent darin, …	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
…onkologische Patient*innen über das Angebot und die Vorteile einer frühen palliativen Betreuung zu informieren.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	13 (26,53%)	14 (25,93%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	1 (33,33%)	32 (65,31%)	35 (64,81%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (8,16%)	4 (7,41%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (1,85%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…Widerstände oder Bedenken zur frühen palliativen Betreuung seitens der Patient*innen zu identifizieren und darauf einzugehen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	2 (66,67%)	11 (22,45%)	13 (24,07%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	32 (65,31%)	34 (62,96%)
Ich stimme nicht zu	1 (50,00%)	0 (0,00%)	6 (12,24%)	7 (12,96%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…die Angehörigen in das OncoCoaching einzubeziehen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	3 (100,00%)	17 (34,69%)	20 (37,04%)
Ich stimme zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	31 (63,27%)	31 (57,41%)
Ich stimme nicht zu	2 (100,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	3 (5,56%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…die Beratung der Patient*innen gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	14 (28,57%)	15 (27,78%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	26 (53,06%)	30 (55,56%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	9 (18,37%)	9 (16,67%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 71: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt E 2

Ich fühle mich kompetent darin, …	IG	VG II	Gesamt
…ein Coaching-Gespräch angemessen vorzubereiten (d.h. Rahmenbedingungen herzustellen und wichtige Informationen zu sammeln).			
Ich stimme voll und ganz zu	4 (40,00%)	7 (36,84%)	11 (37,93%)
Ich stimme zu	5 (50,00%)	9 (47,37%)	14 (48,28%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…Informationen zu Medikamenten über zuverlässige Quellen zu finden.			
Ich stimme voll und ganz zu	5 (50,00%)	8 (42,11%)	13 (44,83%)
Ich stimme zu	4 (40,00%)	8 (42,11%)	12 (41,38%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…die Bedürfnisse der onkologischen Patient*innen einzuschätzen.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	7 (36,84%)	10 (34,48%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	7 (36,84%)	13 (44,83%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	2 (10,53%)	2 (6,90%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	7 (36,84%)	10 (34,48%)
Ich stimme zu	5 (50,00%)	9 (47,37%)	14 (48,28%)
Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.			

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ich fühle mich kompetent darin, …	IG	VG II	Gesamt
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	5 (26,32%)	8 (27,59%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	10 (52,63%)	16 (55,17%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung in unserer Einrichtung zu implementieren.			
Ich stimme voll und ganz zu	2 (20,00%)	6 (31,58%)	8 (27,59%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	8 (42,11%)	14 (48,28%)
Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	1 (5,26%)	2 (6,90%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)
…onkologische Patient*innen über das Angebot und die Vorteile einer frühen palliativen Betreuung zu informieren.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	6 (31,58%)	9 (31,03%)
Ich stimme zu	5 (50,00%)	10 (52,63%)	15 (51,72%)
Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…Widerstände oder Bedenken zur frühen palliativen Betreuung seitens der Patient*innen zu identifizieren und darauf einzugehen.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	4 (21,05%)	7 (24,14%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	12 (63,16%)	18 (62,07%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…die Angehörigen in das OncoCoaching einzubeziehen.			
Ich stimme voll und ganz zu	4 (40,00%)	9 (47,37%)	13 (44,83%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ich fühle mich kompetent darin, …	IG	VG II	Gesamt
Ich stimme zu	5 (50,00%)	6 (31,58%)	11 (37,93%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
…die Beratung der Patient*innen gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.			
Ich stimme voll und ganz zu	2 (20,00%)	6 (31,58%)	8 (27,59%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	8 (42,11%)	14 (48,28%)
Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	1 (5,26%)	2 (6,90%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)

Im Anschluss wurde nach der **Einschätzung der OncoCoaches bezüglich einzelner Aussagen** gefragt, die wiederum auf der 4-stufigen Antwortskala von „Ich stimme voll und ganz zu“ (=1) bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (=4) beantwortet wurden. Der Aussage „Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.“ stimmten insgesamt 7 (8 %) der Befragten zu T0 nicht bzw. überhaupt nicht zu. Zu T1 war der relative Anteil derer, der (überhaupt) nicht zustimmten, etwas größer mit 13 % (n = 7) und zu T6 nahm der Anteil weiter zu (17 %, n = 18, 5 IG, 13 VG II). Dass die OncoCoaches durch die Beratung den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken können, stimmten lediglich 6 % der befragten Personen zu T0 (n = 5) und T1 (n = 3) nicht zu. Zu T6 war es nur noch 1 (3 %) OncoCoach*in, welche*r der Aussage nicht zustimmte. Der Überzeugung, dass die Person als OncoCoach*in zukünftig eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen einnimmt, stimmten ebenfalls 6 % der Befragten zu T0 (n = 5) und zu T1 (n = 3) nicht zu. Zu T6 waren alle befragten OncoCoaches der Meinung, eine wichtige Rolle in der Versorgung zu haben. Die Aussage „Für Probleme, die im Beratungsgespräch (OncoCoaching) entstehen können, kann ich eine geeignete Lösung finden.“, die nach der Schulung (T1) und am Ende der Studienphase (T6) abgefragt wurde, fand ausschließlich Zustimmung. Hinsichtlich des Zurechtkommens mit überraschenden Ereignissen im Beratungsgespräch (OncoCoaching) stimmten 2 (4 %) zu T1 Personen nicht zu und zu T6 stimmten alle OncoCoaches (voll und ganz) zu. Ebenfalls nur ein geringer Anteil von 6 % (n = 3) bei T1 respektive 3 % (n = 1, 1 IG) bei T6 stimmte nicht zu, dass sie im Falle von Widerständen Mittel und Wege finden, das Beratungsgespräch positiv zu Ende zu führen. Dem Gefühl, durch die Patient*innen ausreichend Anerkennung für die Arbeit zu bekommen, stimmten lediglich 3 (6 %) OncoCoaches zu T1 nicht zu, zu T6 stimmte keine Person (0 %) (überhaupt) nicht zu. Im Rahmen der Befragung nach der OncoCoach-Schulung (T1) wurden noch 4 Items bezüglich der Schulung formuliert. 4 (7 %) der Befragten gaben an, dass sie der Aussage, „Die gelernten Inhalte der Schulung kommen in meinem Arbeitsalltag zur Anwendung.“ und 7 (13 %) „Die gelernten Inhalte lassen sich gut in meinen Arbeitsalltag einbinden.“ nicht zustimmten. Dass

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

sich die Schulung positiv auf den Umgang des*der OncoCoach*in mit Patient*innen auswirkt, widersprach lediglich 1 (2 %) Person. Der Handlungsspielraum in der beruflichen Tätigkeit wird durch die Zusatzqualifikation als OncoCoach laut 80 % (n = 43) der befragten Personen erweitert. 20 % (n = 11) stimmten dem nicht zu. Siehe Tabelle 72, Tabelle 73, Tabelle 74.

Tabelle 72: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 3

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.					
Ich stimme voll und ganz zu	2 (40,00%)	1 (33,33%)	2 (40,00%)	25 (35,71%)	30 (36,14%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	1 (33,33%)	2 (40,00%)	40 (57,14%)	46 (55,42%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	4 (5,71%)	5 (6,02%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	1 (1,43%)	2 (2,41%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.					
Ich stimme voll und ganz zu	3 (60,00%)	1 (33,33%)	1 (20,00%)	23 (32,86%)	28 (33,73%)
Ich stimme zu	2 (40,00%)	2 (66,67%)	3 (60,00%)	43 (61,43%)	50 (60,24%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	4 (5,71%)	5 (6,02%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich nehme zukünftig eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.					
Ich stimme voll und ganz zu	2 (40,00%)	1 (33,33%)	1 (20,00%)	31 (44,29%)	35 (42,17%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	2 (66,67%)	3 (60,00%)	35 (50,00%)	43 (51,81%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	4 (5,71%)	5 (6,02%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tabelle 73: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 3

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	2 (66,67%)	19 (38,78%)	21 (38,89%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	1 (33,33%)	23 (46,94%)	26 (48,15%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (12,24%)	6 (11,11%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	2 (66,67%)	22 (44,90%)	24 (44,44%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	25 (51,02%)	27 (50,00%)
Ich stimme nicht zu	1 (50,00%)	0 (0,00%)	2 (4,08%)	3 (5,56%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich nehme zukünftig eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	22 (44,90%)	23 (42,59%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	24 (48,98%)	28 (51,85%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (4,08%)	2 (3,70%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Für Probleme, die im Beratungsgespräch (OncoCoaching) entstehen können, kann ich eine geeignete Lösung finden.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	14 (28,57%)	15 (27,78%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	35 (71,43%)	39 (72,22%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Bei überraschenden Ereignissen im Beratungsgespräch (OncoCoaching) glaube ich, dass ich gut mit diesen zurechtkommen kann.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (16,33%)	8 (14,81%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	3 (100,00%)	39 (79,59%)	44 (81,48%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (4,08%)	2 (3,70%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, das Beratungsgespräch (OncoCoaching) positiv zu Ende zu führen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	9 (18,37%)	9 (16,67%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	38 (77,55%)	42 (77,78%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	2 (4,08%)	3 (5,56%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Die gelernten Inhalte der Schulung kommen in meinem Arbeitsalltag zur Anwendung.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	22 (44,90%)	22 (40,74%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	3 (100,00%)	23 (46,94%)	28 (51,85%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (8,16%)	4 (7,41%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Die gelernten Inhalte lassen sich gut in meinen Arbeitsalltag einbinden.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	20 (40,82%)	20 (37,04%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	23 (46,94%)	27 (50,00%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	6 (12,24%)	7 (12,96%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Die Schulung wirkt sich positiv auf meinen Umgang mit Patient*innen aus.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	23 (46,94%)	24 (44,44%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	25 (51,02%)	29 (53,70%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Durch die Zusatzqualifikation als OncoCoach erweitert sich der Handlungsspielraum meiner beruflichen Tätigkeit.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	18 (36,73%)	19 (35,19%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	1 (33,33%)	21 (42,86%)	24 (44,44%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (16,33%)	8 (14,81%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	2 (4,08%)	3 (5,56%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Patient*innen ausreichend Anerkennung für meine Arbeit mit Krebspatient*innen bekomme.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	22 (44,90%)	22 (40,74%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	25 (51,02%)	29 (53,70%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	2 (4,08%)	3 (5,56%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tabelle 74: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt E 3

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	IG	VG II	Gesamt
Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.			
Ich stimme voll und ganz zu	4 (40,00%)	2 (10,53%)	6 (20,69%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	IG	VG II	Gesamt
Ich stimme zu	3 (30,00%)	11 (57,89%)	14 (48,28%)
Ich stimme nicht zu	2 (20,00%)	2 (10,53%)	4 (13,79%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	4 (21,05%)	7 (24,14%)
Ich stimme zu	5 (50,00%)	11 (57,89%)	16 (55,17%)
Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)
Ich nehme eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	8 (42,11%)	14 (48,28%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Für Probleme, die im Beratungsgespräch (OncoCoaching) entstehen können, kann ich eine geeignete Lösung finden.			
Ich stimme voll und ganz zu	2 (20,00%)	5 (26,32%)	7 (24,14%)
Ich stimme zu	7 (70,00%)	11 (57,89%)	18 (62,07%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Bei überraschenden Ereignissen im Beratungsgespräch (OncoCoaching) glaube ich, dass ich gut mit diesen zurechtkommen kann.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	3 (15,79%)	6 (20,69%)
Ich stimme zu	6 (60,00%)	13 (68,42%)	19 (65,52%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	IG	VG II	Gesamt
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, das Beratungsgespräch (OncoCoaching) positiv zu Ende zu führen.			
Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	4 (21,05%)	7 (24,14%)
Ich stimme zu	5 (50,00%)	11 (57,89%)	16 (55,17%)
Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)
Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Patient*innen ausreichend Anerkennung für meine Arbeit mit Krebspatient*innen bekomme.			
Ich stimme voll und ganz zu	6 (60,00%)	5 (26,32%)	11 (37,93%)
Ich stimme zu	3 (30,00%)	10 (52,63%)	13 (44,83%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)

Die **eigene Beratungskompetenz** zum Zeitpunkt **vor der Schulung (T0) schätzten** 43 (52 %) der befragten Personen zu T0 und 25 (46 %) zu T1 als „Gut“ oder „Sehr gut“ **ein**. In der ersten Befragung vor der OncoCoach-Schulung (T0) wurden 5 Items bezüglich der **bisherigen Berufserfahrung** (in Jahren) abgefragt. Keine (0 %) befragte Person gab an keine bisherige Erfahrung in der Versorgung von onkologischen Patient*innen zu haben und 5 (6 %) gaben an, weniger als 1 Jahr Berufserfahrung zu haben. Hinsichtlich der Berufserfahrung in der Beratung von onkologischen Patient*innen hatten 7 (8 %) Personen „Keine“ und 6 (7 %) weniger als 1 Jahr. 35 (42 %) der Befragten führten an, dass sie keine Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung hatten und 33 (40 %), dass sie 6 oder mehr Jahre Berufserfahrung hatten. Hinsichtlich der spezialisierten Palliativversorgung hatten 70 % (n = 58) keine Erfahrung und 18 % (n = 15) gaben 6 oder mehr Jahre Berufserfahrung in dem Bereich an. 60 % (n = 50) der befragten Personen waren mehr als 5 Jahre in ihrer beruflichen Tätigkeit an ihrem derzeitigen Standort (siehe Tabelle 75).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 75: Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt F 5

Bisherige Berufserfahrung	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Berufserfahrung in der Versorgung von onkologischen Patient*innen					
Keine	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
< 1 Jahr	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (7,14%)	5 (6,02%)
1-2 Jahre	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (20,00%)	7 (10,00%)	9 (10,84%)
3-5 Jahre	1 (20,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	9 (12,86%)	10 (12,05%)
> 5 Jahre	4 (80,00%)	2 (66,67%)	4 (80,00%)	49 (70,00%)	59 (71,08%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Berufserfahrung in der Beratung von onkologischen Patient*innen					
Keine	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (10,00%)	7 (8,43%)
< 1 Jahr	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	5 (7,14%)	6 (7,23%)
1-2 Jahre	2 (40,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	10 (14,29%)	13 (15,66%)
3-5 Jahre	1 (20,00%)	2 (66,67%)	0 (0,00%)	10 (14,29%)	13 (15,66%)
> 5 Jahre	2 (40,00%)	0 (0,00%)	4 (80,00%)	38 (54,29%)	44 (53,01%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung					
Keine	4 (80,00%)	1 (33,33%)	4 (80,00%)	26 (37,14%)	35 (42,17%)
< 1 Jahr	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (20,00%)	2 (2,86%)	4 (4,82%)
1-2 Jahre	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (10,00%)	7 (8,43%)
3-5 Jahre	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (5,71%)	4 (4,82%)
> 5 Jahre	1 (20,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	31 (44,29%)	33 (39,76%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Berufserfahrungen in der spezialisierten Palliativversorgung					
Keine	4 (80,00%)	2 (66,67%)	4 (80,00%)	48 (68,57%)	58 (69,88%)
< 1 Jahr	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	3 (4,29%)	4 (4,82%)
1-2 Jahre	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (4,29%)	3 (3,61%)
3-5 Jahre	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (4,29%)	3 (3,61%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bisherige Berufserfahrung	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
> 5 Jahre	1 (20,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	13 (18,57%)	15 (18,07%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Berufliche Tätigkeit an Ihrem derzeitigen Standort					
Keine	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,43%)	1 (1,20%)
< 1 Jahr	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	5 (7,14%)	6 (7,23%)
1-2 Jahre	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	10 (14,29%)	12 (14,46%)
3-5 Jahre	1 (20,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	11 (15,71%)	13 (15,66%)
> 5 Jahre	4 (80,00%)	1 (33,33%)	3 (60,00%)	42 (60,00%)	50 (60,24%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,43%)	1 (1,20%)

Zu T1, dem Erhebungszeitpunkt nach der OncoCoach-Schulung (Tabelle 76), wurden Items zur **Beurteilung der Schulung** abgefragt. Alle (n = 54, 100 %) befragten Personen bewerteten Inhalt und Umfang der Schulung als „Sehr gut“ oder „Gut“. Bezüglich des sinnvollen Arbeitsablaufs und der Reaktion der Dozenten auf Nachfragen bzw. Rückfragen durch Teilnehmende gab lediglich 1 (2 %) Person „Befriedigend“ bezüglich der Vorträge der Dozenten an. Nach der Schulung schätzten 3 (6 %) der Befragten ihre Beratungskompetenz als „Befriedigend“ ein, der Großteil (n = 38, 70 %) bewertete sie als „Gut“.

Tabelle 76: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt F 5

Wie beurteilen Sie die Schulung anhand von…	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
…Inhalt und Umfang.				
Sehr gut	1 (50,00%)	2 (66,67%)	29 (59,18%)	32 (59,26%)
Gut	1 (50,00%)	1 (33,33%)	20 (40,82%)	22 (40,74%)
Befriedigend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ausreichend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…sinnvoller Arbeitsablauf.				
Sehr gut	0 (0,00%)	1 (33,33%)	21 (42,86%)	22 (40,74%)
Gut	2 (100,00%)	2 (66,67%)	28 (57,14%)	32 (59,26%)
Befriedigend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ausreichend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wie beurteilen Sie die Schulung anhand von…	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…Vorträge der Dozenten.				
Sehr gut	1 (50,00%)	1 (33,33%)	29 (59,18%)	31 (57,41%)
Gut	1 (50,00%)	2 (66,67%)	19 (38,78%)	22 (40,74%)
Befriedigend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
Ausreichend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…Einsatz der vorhandenen Medien.				
Sehr gut	0 (0,00%)	2 (66,67%)	30 (61,22%)	32 (59,26%)
Gut	2 (100,00%)	0 (0,00%)	18 (36,73%)	20 (37,04%)
Befriedigend	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (2,04%)	2 (3,70%)
Ausreichend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…Reaktion der Dozenten auf Nachfragen/ Rückfragen durch Teilnehmer.				
Sehr gut	0 (0,00%)	2 (66,67%)	39 (79,59%)	41 (75,93%)
Gut	2 (100,00%)	1 (33,33%)	10 (20,41%)	13 (24,07%)
Befriedigend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ausreichend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Wie schätzen Sie Ihre eigene Beratungskompetenz nach der Schulung ein?				
Sehr gut	0 (0,00%)	0 (0,00%)	13 (26,53%)	13 (24,07%)
Gut	1 (50,00%)	3 (100,00%)	34 (69,39%)	38 (70,37%)
Befriedigend	1 (50,00%)	0 (0,00%)	2 (4,08%)	3 (5,56%)
Ausreichend	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2.3.5 Schriftliche Befragungen – KoPPs

Im Rahmen der quantitativen Evaluation nahmen zu T0 insgesamt 39 Palliativpflegefachpersonen an der schriftlichen Befragung teil. Auch zu den Folgezeitpunkten beteiligten sich Pflegefachpersonen regelmäßig an den Befragungen, wobei die Teilnahme im Verlauf abnahm. Zu T1 wurden 18 Fragebögen ausgefüllt. Aufgrund des geringen Rücklaufs wurde zusätzlich eine Online-Befragung durchgeführt, wodurch 339 weitere Teilnehmende hinzukamen. Mit Beginn der Interventionsphase zu T2 wurde zwischen IG und VG II unterschieden. Es nahmen 34 von den insgesamt 362 Personen an der Studie teil. Die Teilnahmezahlen an den Befragungen entwickelten sich im weiteren Verlauf wie folgt: Zu T3 nahmen 34 Personen teil, zu T4 29 und zum letzten Erhebungszeitpunkt T6 lagen 26 ausgefüllte Fragebögen vor.

In der **ersten schriftlichen Befragung der KoPPs zu T0**, die vor dem Projektstart stattfand, wurden insgesamt 39 Fragebögen ausgegeben und vollständig ausgefüllt wieder zurückgegeben, sodass eine Rücklaufquote von 100 % erreicht wurde. Acht der Befragten (21 %) waren männlich, 27 (69 %) weiblich. Vier Personen (10 %) machten keine Angabe zum Geschlecht. Das Geburtsjahr der befragten Personen lag mehrheitlich zwischen 1960 und 1979: 14 Personen (36 %) wurden zwischen 1960 und 1969, acht (21 %) zwischen 1970 und 1979 geboren. Drei Personen (8 %) wurden jeweils vor 1960 bzw. zwischen 1980 und 1989 geboren, zwei zwischen 1990 und 1999. Neun Personen (22 %) machten keine Angabe zum Geburtsjahr. Die Mehrheit der KoPPs verfügte über einen mittleren Schulabschluss: 26 Personen (67 %) gaben an, über mittlere Reife oder Fachoberschulreife zu verfügen, während neun Personen (23 %) Abitur oder Fachhochschulreife angaben. Zu vier Personen (10 %) lagen keine Angaben zum Schulabschluss vor. Die meisten Befragten (n = 21, 54 %) waren zum Zeitpunkt der Befragung in Vollzeit tätig, 13 (33 %) in Teilzeit. Eine Person arbeitete in einem sonstigen Beschäftigungsverhältnis, vier machten hierzu keine Angabe. Bezogen auf die Berufsgruppe waren knapp zwei Drittel der Befragten (n = 25, 66 %) in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig. Darüber hinaus wurden weitere pflegerische Tätigkeitsbereiche angegeben, unter anderem Altenpflege (n = 3), Krankenpflege (n = 5), Kinderkrankenpflege (n = 2) sowie eine medizinische Fachangestellte bzw. Arzthelfer*in. Vier Personen gaben an, sich im Studium zu befinden. Eine Person machte keine Angabe zur Berufsgruppe. Fachweiterbildungen lagen bei insgesamt neun Personen vor: Am häufigsten wurden eine Fachweiterbildung in der Hämatologie und Onkologie (n = 5) sowie in der Anästhesie- und Intensivmedizin (n = 4) genannt. Darüber hinaus machten 32 Personen (91 %) Angaben unter der Kategorie „Sonstiges“. Eine Person verneinte das Vorhandensein einer Fachweiterbildung, vier machten keine Angabe. Die befragten KoPPs verfügten außerdem über eine Vielzahl unterschiedlicher Zusatzqualifikationen. Am häufigsten wurden Kinästhetik (n = 9), Basale Stimulation (n = 7) sowie Kommunikation im beruflichen Kontext (n = 8) genannt. Weitere Angaben bezogen sich unter anderem auf Wundmanagement (n = 5), Aromatherapie (n = 6), Case- und Care Management (n = 3), Wickel und Auflagen (n = 3), Advance Care Planning (n = 4) sowie Pflegeberatung (eine Person). Jeweils sieben Personen wählten „Sonstiges“ oder „Keine Zusatzqualifikation“ aus. In ebenso vielen Fällen lagen keine Angaben vor.

Im Rahmen der **zweiten schriftlichen Befragung zu T1** nahmen 18 Palliativpflegefachpersonen teil. Alle ausgegebenen Fragebögen konnten in die Auswertung einbezogen werden. Die Befragten setzten sich aus 15 weiblichen und 3 männlichen Personen zusammen. Angaben zur Geschlechtsidentität fehlten in keinem Fall. Der Großteil der Befragten war zwischen 1960 und

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1979 geboren: Jeweils sechs Personen (33 %) wurden in den Jahrzehnten 1960–1969 bzw. 1970–1979 geboren. Weitere vier Personen (22 %) wurden zwischen 1990 und 1999 geboren. Das früheste berichtete Geburtsjahr war vor 1960 (n = 1), während zwei Personen (11 %) zwischen 1980 und 1989 geboren wurden. Alle Teilnehmenden machten eine Angabe zu ihrem Geburtsjahr. Bezüglich des höchsten erreichten Schulabschlusses gaben zwölf Personen (67 %) an, über einen mittleren Schulabschluss (mittlere Reife oder Fachoberschulreife) zu verfügen. Fünf Personen (28 %) hatten einen Hochschulabschluss. Eine Person (6 %) verfügte über ein (Fach-)Abitur. Fehlende Angaben zum Schulabschluss lagen nicht vor. Die Hälfte der befragten Fachpersonen war zum Zeitpunkt der Erhebung in Vollzeit beschäftigt (n = 10), die andere Hälfte arbeitete in Teilzeit (n = 8). Elf Personen (61 %) waren im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege tätig, sieben (39 %) in der Altenpflege. Darüber hinaus berichteten zwei Personen über eine zusätzliche Qualifikation im Bereich Krankenpflege und eine weitere in der Kinderkrankenpflege. Zwei Fragebögen enthielten hierzu keine Angabe. Fachweiterbildungen wurden überwiegend unter der Kategorie „Sonstiges“ eingeordnet (n = 13, 72 %). Eine Person (6 %) gab eine Fachweiterbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege an. Fünf Teilnehmende (28 %) verfügten über keine Fachweiterbildung. Die häufigsten Zusatzqualifikationen betrafen die Bereiche Kinästhetik (n = 7, 39 %) sowie Basale Stimulation (n = 4, 22 %). Drei Personen (17 %) verfügten über eine Zusatzqualifikation im Wundmanagement oder in Wickel und Auflagen. Weitere vereinzelt genannte Zusatzqualifikationen umfassten Case- und Care Management (n = 1), Advance Care Planning (n = 1) sowie Aromatherapie (n = 1). Sechs Personen (33 %) gaben eine sonstige Zusatzqualifikation an. Vier Befragte (22 %) verfügten über keine Zusatzqualifikationen. Im Hinblick auf die Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung berichteten fünf Personen (28 %) von 1–2 Jahren Erfahrung, vier Personen (22 %) hatten jeweils unter einem Jahr oder zwischen drei und fünf Jahren Berufserfahrung. Zwei Personen (11 %) verfügten über mehr als fünf Jahre Erfahrung in diesem Bereich, während zwei weitere angaben, noch keine Erfahrung zu haben. Eine Angabe fehlte. In der spezialisierten Palliativversorgung verfügte ein Drittel der Befragten (n = 6) über keine Erfahrung. Weitere vier (22 %) gaben 1–2 Jahre Berufserfahrung an. Drei Personen (17 %) machten keine Angabe. Nur jeweils eine Person verfügte über 3–5 Jahre oder mehr als 5 Jahre Erfahrung in diesem Bereich. In Bezug auf die Versorgung hämatologisch/onkologischer Patient*innen *verfügten neun Personen (50 %) über keine entsprechende Erfahrung. Jeweils zwei Personen (11 %) hatten 1–2 Jahre, 3–5 Jahre oder mehr als 5 Jahre Erfahrung. Drei Personen (17 %) machten hierzu keine Angabe. In der Beratung hämatologisch/onkologischer Patient*innen* zeigte sich ein ähnliches Bild: Zehn Personen (56 %) gaben an, keine entsprechende Erfahrung zu haben. Jeweils eine Person verfügte über 1–2 Jahre, 3–5 Jahre oder mehr als 5 Jahre Erfahrung. Auch hier fehlten in drei Fällen entsprechende Angaben.

Ergänzend zur schriftlichen Befragung wurde **zu T1 eine separate Online-Erhebung** mit 339 Palliativpflegefachpersonen durchgeführt. Im Vergleich zur kleineren Stichprobe der Papierbefragung fällt auf, dass ein erheblicher Anteil der Online-Teilnehmenden keine Angaben zu zentralen soziodemografischen Merkmalen machte (z. B. fehlende Angaben zu Geschlecht, Geburtsjahr oder Beschäftigungsstatus lagen bei rund 40 %–50 %). Dennoch lassen sich einige Muster erkennen: Die Mehrheit der Teilnehmenden identifizierte sich als weiblich (50 %) und war überwiegend zwischen 1960 und 1979 geboren (37 %). Hinsichtlich des Bildungsstands verfügte ein erheblicher Teil über mittlere Reife (27 %) oder (Fach-)Abitur (18 %). Bezüglich der Berufsgruppen dominierten auch hier die Gesundheits- und

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Krankenpflege (37 %) sowie verwandte pflegerische Berufe. Fachweiterbildungen wurden am häufigsten unter „Sonstiges“ (43 %) erfasst, während Zusatzqualifikationen vergleichbar vielfältig verteilt waren wie in der schriftlichen Befragung. Kinästhetik (17 %), Aromatherapie (16 %) und Basale Stimulation (15 %) wurden besonders häufig genannt.

Mit Blick auf die Berufserfahrung zeigte sich eine insgesamt höhere Erfahrung im Vergleich zur schriftlichen Erhebung: 38 % verfügten über mehr als fünf Jahre Erfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung, 35 % in der spezialisierten Palliativversorgung sowie 35 % in der Versorgung hämatologisch/onkologischer Patient*innen. *Auch in der Beratung dieser Patient*engruppe berichteten 34 % über mehr als fünf Jahre Erfahrung.

Zum dritten Erhebungszeitpunkt T2 – dem Beginn der Interventionsphase der Cluster-randomisierten kontrollierten Studie (C-RCT) – nahmen insgesamt 36 Palliativpflegefachpersonen an der Befragung teil, davon 17 Personen aus der IG und 19 Personen aus der VG II. Die Geschlechterverteilung war in beiden Gruppen eindeutig weiblich dominiert (IG: 77 %, VG II: 90 %), wobei die IG mit 23 % einen etwas höheren Anteil männlicher Teilnehmender aufwies als die Vergleichsgruppe (10 %). Das Alter der Teilnehmenden verteilte sich in beiden Gruppen überwiegend auf die Geburtsjahrgänge 1960–1969 (IG: 41 %, VG II: 53 %) sowie 1970–1979 (IG: 18 %, VG II: 21 %). Jüngere Teilnehmende (Geburtsjahrgänge 1990 oder später) waren in beiden Gruppen kaum vertreten, was auf eine insgesamt erfahrene Berufsgruppe hinweist. In Bezug auf den höchsten Schulabschluss verfügte der Großteil der Befragten über die mittlere Reife oder Fachoberschulreife (IG: 65 %, VG II: 42 %). Ein Hochschulabschluss wurde in der IG nur von zwei Personen (12 %) angegeben, in der VG II dagegen von sechs Personen (32 %). Beim Beschäftigungsstatus ergab sich eine ausgewogene Verteilung zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung. Jeweils rund die Hälfte der Befragten in beiden Gruppen arbeiteten in Vollzeit (IG und VG II je 53 %). Die Berufsgruppenverteilung zeigte in beiden Gruppen einen Schwerpunkt in der Gesundheits- und Krankenpflege (IG: 65 %, VG II: 68 %). In der VG II waren darüber hinaus etwas mehr Personen mit klassischer Krankenpflegeausbildung (32 %) und Studienhintergrund (32 %) vertreten, während in der IG häufiger Altenpflege (24 %) genannt wurde. Die neue Berufsbezeichnung „Pflegefachmann*frau“ wurde nur vereinzelt angegeben. Fachweiterbildungen waren in beiden Gruppen vorhanden, wobei alle Befragten mindestens eine Weiterbildung aus der Kategorie „Sonstiges“ angaben. Konkrete fachbezogene Weiterbildungen wie Anästhesie- und Intensivpflege oder Hämatologie und Onkologie wurden nur vereinzelt genannt. Knapp ein Drittel der Personen in beiden Gruppen gab an, über keine Fachweiterbildung zu verfügen. Die Verteilung der Zusatzqualifikationen zeigte einige Unterschiede: In der IG wurden vor allem Kinästhetik (54 %) und Basale Stimulation (39 %) häufig genannt. In der VG II fanden sich dagegen höhere Anteile bei Wundmanagement (22 %), Advance Care Planning (22 %) sowie Wickel und Auflagen (22 %). Die Angabe „Sonstiges“ wurde in beiden Gruppen häufig gemacht (IG: 23 %, VG II: 33 %). Hinsichtlich der Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung verfügte in beiden Gruppen die Mehrheit über mehr als fünf Jahre Erfahrung (IG: 65 %, VG II: 68 %). Unterschiede zeigten sich jedoch in der spezialisierten Palliativversorgung: Während 89 % der Teilnehmenden der VG II angaben, bereits seit über fünf Jahren in diesem Bereich tätig zu sein, traf dies in der IG nur auf 47 % zu. Bei der Versorgung und Beratung hämatologisch/onkologischer Patient*innen verfügte in beiden Gruppen die Mehrheit über mehr als fünf Jahre Erfahrung, wobei in der VG II erneut leicht höhere Erfahrungswerte verzeichnet wurden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auch **an den vierten, fünften und sechsten Erhebungszeitpunkten T3 (n = 34), T4 (n = 29) und T6 (n = 26)** nahmen jeweils sowohl Teilnehmende der IG als auch der VG II teil. Die Gruppengrößen blieben über die Zeit relativ stabil (z. B. T3: IG/VG II je n = 17; T6: IG n = 14, VG II n = 12), zeigten aber im Vergleich zu T2 (IG n = 17, VG II n = 19) einen leichten Rückgang. Beide Gruppen waren weiterhin überwiegend weiblich (z. B. T3: IG 82%, VG II 71%), wobei dieser Trend bereits zu T2 sichtbar war (IG 77%, VG II 90%). Die Altersstruktur veränderte sich kaum: Die Mehrheit war zwischen 1960 und 1979 geboren (z. B. T4: IG 60%, VG II 79%) – ähnlich wie zu T2, wo über 70 % der Befragten in beiden Gruppen in dieser Spanne lagen. Auch bei Schulabschlüssen und Beschäftigungsstatus zeigten sich über die Zeit stabile Muster: Die mittlere Reife dominierte in beiden Gruppen (z. B. T3: IG 53%, VG II 47%; T2: IG 65%, VG II 42%), begleitet von einem nennenswerten Anteil mit Abitur. Der Anteil Teilzeitbeschäftigter lag konstant zwischen 29 % und 59 % (z. B. T6: IG 57%, VG II 50%). Die Berufsverteilung war ebenfalls vergleichbar mit T2. Die meisten Befragten kamen aus der Gesundheits- und Krankenpflege (z. B. T3: IG 59%, VG II 73%; T2: IG 65%, VG II 68%). Akademische Qualifikationen (z. B. Studium) wurden wie bereits zu T2 in der VG II häufiger angegeben (z. B. T3: VG II 18%, IG 6%). Bei Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen zeigten sich keine substanziellen Unterschiede im Verlauf. Die Kategorie „Sonstige“ blieb in beiden Gruppen und über alle Zeitpunkte hinweg die häufigste Angabe (z. B. T4: IG und VG II je 100%). Einzelne Formate wie Case- und Care Management oder Kinästhetik wurden weiterhin überwiegend in der IG angegeben – ähnlich wie zu T2. Die Berufserfahrung blieb über alle Zeitpunkte hinweg hoch. Sowohl in der allgemeinen als auch in der spezialisierten Palliativversorgung wiesen jeweils mehr als zwei Drittel der Befragten über 5 Jahre Berufserfahrung auf – ein Niveau, das bereits zu T2 erreicht wurde (z. B. spezialisierte Palliativversorgung: T2 IG 47%, VG II 89%; T6 IG 79%, VG II 75%). Auch in der onkologischen Versorgung und Beratung war überwiegend langjährige Erfahrung vertreten, wobei die IG häufiger kürzere Erfahrungsspannen angab – ein Muster, das sich ebenfalls schon zu T2 zeigte.

Das Instrument **„Organisational Readiness for Implementing Change (ORIC)“** wurde bei den KoPPs zu drei Erhebungszeitpunkten (T3, T4 und T6) eingesetzt. Die Befragung erfolgte anhand von neun Items auf einer fünfstufigen Skala (1 = Stimme nicht zu bis 5 = Stimme zu). Dabei wurden zwei Subskalen ausgewertet: „Commitment“ (Items 1–5) und „Wirksamkeit“ (Items 6–9). Ein höherer Summenscore signalisiert eine höhere organisationale Bereitschaft zur Umsetzung von Veränderungen. Das zehnte Originalitem wurde nicht erhoben.

Für die **Subskala „Commitment“** zeigte sich zu T3 ein leicht höherer Mittelwert in der VG II (MW = 4,17; 95%-KI: 3,81–4,53) im Vergleich zur IG (MW = 3,71; 95%-KI: 3,17–4,24), wobei sich die Konfidenzintervalle der beiden Gruppen überlappten (Tabelle 77). Zu T4 drehte sich dieses Verhältnis um: Die IG wies nun den höheren Mittelwert auf (MW = 4,42; 95%-KI: 3,90–4,95), während die VG II etwas niedriger lag (MW = 3,90; 95%-KI: 3,56–4,24) (Tabelle 78). Zum letzten Messzeitpunkt T6 waren die Mittelwerte in beiden Gruppen leicht rückläufig, mit 3,43 in der IG (95%-KI: 2,59–4,27) und 3,88 in der VG II (95%-KI: 3,16–4,59); erneut überlappten sich die Konfidenzintervalle. Insgesamt war die Streuung der Werte in der IG zu T6 am größten (Tabelle 79). In der **Subskala „Wirksamkeit“** lagen die Mittelwerte in der VG II über alle drei Erhebungszeitpunkte tendenziell höher. Zu T3 lagen die Werte mit 3,98 (VG II, 95%-KI: 3,70–4,27) und 3,85 (IG, 95%-KI: 3,48–4,23) relativ nah beieinander (

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 80). Auch zu T4 zeigte sich ein leicht höherer Mittelwert in der IG (MW = 4,34; 95%-KI: 3,90–4,76) gegenüber der VG II (MW = 3,71; 95%-KI: 3,28–4,14) (Tabelle 81). Zu T6 kehrte sich das Verhältnis um: Während die VG II mit 4,25 (95%-KI: 3,83–4,67) erneut einen höheren Wert erreichte, fiel der Mittelwert der IG auf 3,46 (95%-KI: 2,71–4,21). Auch hier überlappten sich die Konfidenzintervalle an allen Zeitpunkten (Tabelle 82). Insgesamt zeigten sich zwischen den Gruppen moderate Schwankungen im Zeitverlauf, ohne dass sich konsistente oder eindeutige Unterschiede abzeichneten.

Tabelle 77: Ergebnisse des ORIC „Commitment" zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	17	3,71	1,04	3,8	0	1-5	3,17-4,24
VG II	17	4,17	0,60	4,4	4	3-5	3,81-4,53
NA	4						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.95
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1-5

Tabelle 78: Ergebnisse des ORIC „Commitment" zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	15	4,42	0,91	5,00	1	1-5	3,90-4,95
VG II	14	3,90	0,54	4,00	2	3-5	3,56-4,24
NA	3						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.92
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1-5

Tabelle 79: Ergebnisse des ORIC „Commitment" zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	3,43	1,39	4,00	1	1-5	2,59-4,27
VG II	12	3,88	0,85	3,80	4	3-5	3,16-4,59
NA	5						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.97
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1-5

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 80: Ergebnisse des ORIC „Wirksamkeit“ zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	17	3,85	0,73	3,75	0	2-5	3,48-4,23
VG II	17	3,98	0,47	4,00	4	3-5	3,70-4,27
NA	4						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.78
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1-5

Tabelle 81: Ergebnisse des ORIC „Wirksamkeit“ zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	15	4,34	0,76	4,63	1	3-5	3,90-4,76
VG II	14	3,71	0,67	3,75	2	3-5	3,28-4,14
NA	3						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.87
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1-5

Tabelle 82: Ergebnisse des ORIC „Wirksamkeit“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	3,46	1,24	4,00	1	1-5	2,71-4,21
VG II	12	4,25	0,50	4,25	4	3-5	3,83-4,67
NA	5						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.94
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1-5

3.2.3.6 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – OncoCoaches

Auf Seiten der OncoCoaches wurden 39 Interviews (inklusive einem Pre-Test) geführt (13 Interviews zum Zeitpunkt T2, 13 zu T4 und 13 zu T7) und alle Interviews wurden auch ausgewertet. Es konnten 11 OncoCoaches zu allen 3 Erhebungszeitpunkten interviewt werden. Mit zwei OncoCoaches war lediglich ein Interview zu T2 möglich, sodass zwei weitere OncoCoaches zu T4 nachrekrutiert wurden. Diese beiden OncoCoaches konnten auch zu T7 interviewt werden. Sieben der insgesamt 15 OncoCoaches stammen aus Einrichtungen der IG und sechs aus Einrichtungen der VG II. Ein (nachrekrutierter) OncoCoach war männlich, die restlichen interviewten OncoCoaches waren weiblich. Zwei OncoCoaches stammen aus MVZs, neun aus Kliniken und vier aus niedergelassenen Einrichtungen. Es konnten alle sechs

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Merkmalskombinationen aus den zwei Kriterien Art der Versorgungseinrichtung (form of organization) und Studiengruppe (treatment group) abgedeckt werden (Abbildung 3). Die Interviews dauerten im Schnitt ca. 58 Minuten. Das längste Interview dauerte ca. 104 Minuten und das kürzeste ca. 30 Minuten.

In den Interviews, in denen die PICTOR-Technik angewendet wurde, wurde mindestens ein Schaubild der jeweiligen IST-Situation der Versorgungslandschaft erstellt. Die Schaubilder weisen in den meisten Fällen eine Netzwerkstruktur auf, wenige zeigen einen Zeitverlauf oder gemischte Strukturen.

Die Rolle der onkologischen Ärzt*innen in der Versorgung wurde in allen Interviews von OncoCoaches zentral oder intermediär eingeordnet. Patient*innen wurde in der Regel ebenfalls eine zentrale Rolle zugeschrieben. Es berichteten neun von 13 interviewten OncoCoaches, dass sie bereits vor Start der C-RCT Phase in der Versorgung der Patient*innen involviert waren (vgl. Abbildung 116). Dabei schätzten fünf der neun involvierten OncoCoaches ihre Rolle als zentrales Element der Versorgung ein, während vier OncoCoaches ihre Rolle in der Versorgung von Patient*innen eher in der Peripherie oder intermediär einordneten. Über den Verlauf der Studie sahen sich 12 von 13 OncoCoaches in der Versorgung involviert und die Rolle der OncoCoaches rückte insgesamt näher in das Zentrum der Versorgung.

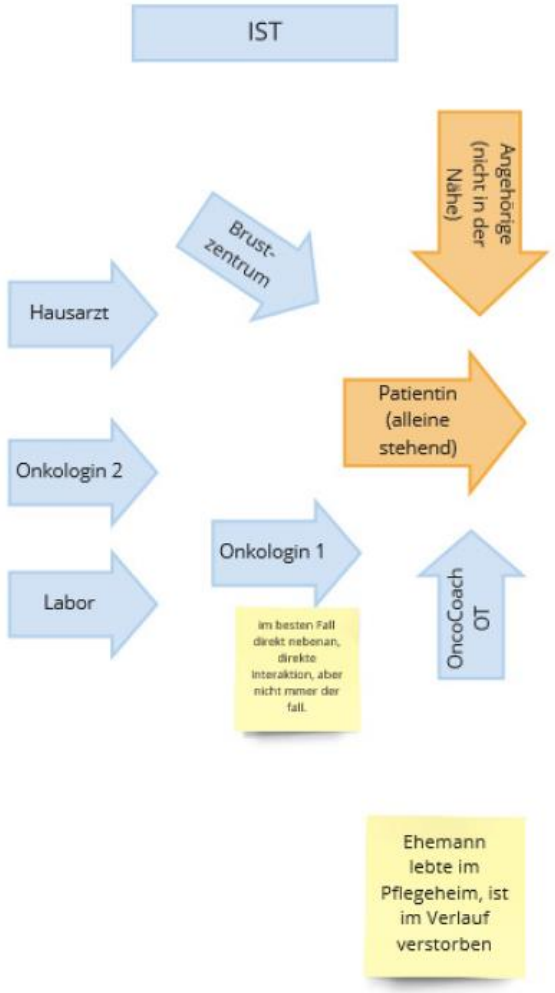


Abbildung 116: Beispiel PICTOR-Abbildung: Beschreibung der Patientenversorgung aus Sicht von OC12 zu T2

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die OncoCoaches berücksichtigen in den meisten Fällen neben den Akteuren der onkologischen Versorgung auch das private Umfeld der Patient*innen, indem sie Familie und Angehörige in den Abbildungen einordneten.

In einer der 13 interviewten Einrichtungen spielte die KoPP bereits in dem ersten Interview (zum Zeitpunkt T2) eine Rolle in der Peripherie, wobei sie in der Versorgung von Patient*innen der ersten Studienphase (VG I) nicht involviert war (siehe Abbildung 117). Im weiteren Verlauf der Studie erhielten die KoPPs in weiteren drei Einrichtungen eine Rolle in der Versorgung. Die Rolle wurde sowohl peripher als auch intermediär und in wenigen Fällen zentral positioniert. Das bedeutet, dass die KoPPs in der Mehrzahl der Einrichtungen nicht explizit genannt wurden.

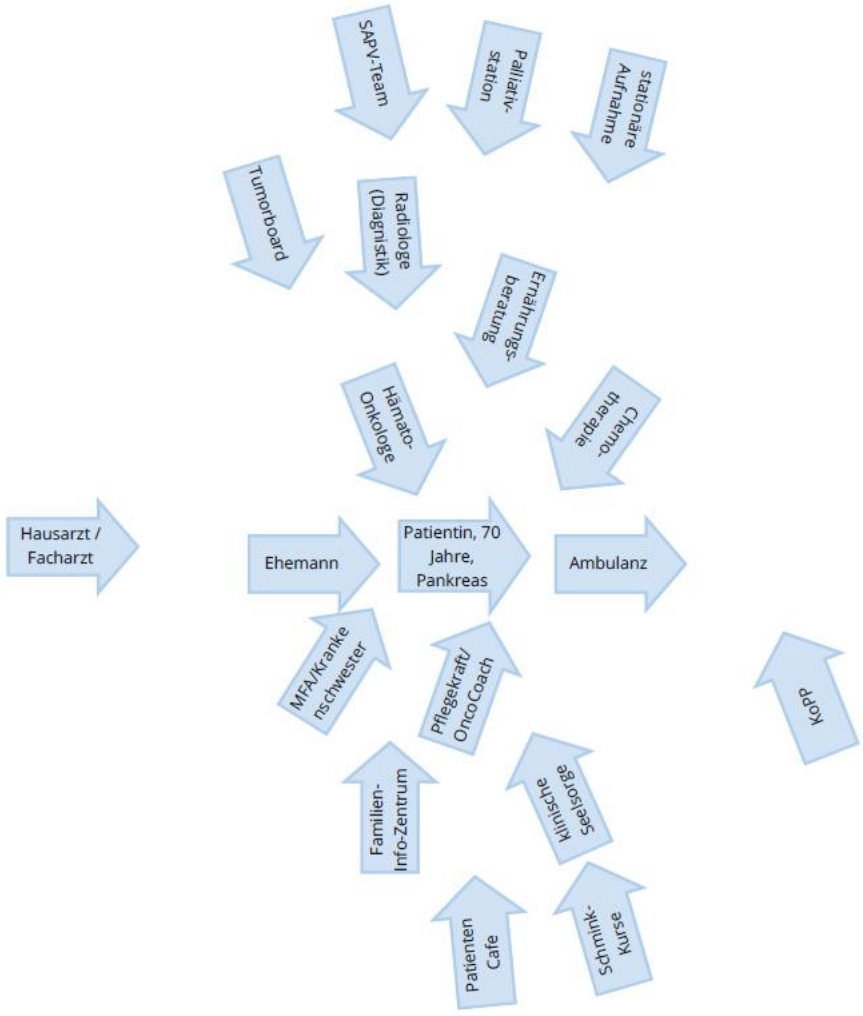


Abbildung 117: Beispiel PICTOR-Abbildung: Beschreibung der Patientenversorgung aus Sicht von OC8 zu T2

In fünf Einrichtungen gaben OncoCoaches in mindestens zwei Interviews an, dass ein palliatives Team oder eine Palliativfachkraft an der Versorgung der Patient*innen beteiligt war. In fünf anderen Einrichtungen gaben OncoCoaches in mindestens zwei Interviews an, dass in der Versorgung keine palliative Integration stattfand. Das bedeutet, dass in der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Mehrheit der Einrichtungen eine palliative Integration stattfand, jedoch ist unklar, zu welchem Zeitpunkt Palliativfachkräfte hinzugezogen wurden.

Im Mittel wurden in den Schaubildern 15 Akteure pro Einrichtung genannt. Dabei wurden in Krankenhäusern tendenziell mehr Akteure genannt (Mittelwert: 17), als in MVZs (Mittelwert: 9) oder niedergelassenen Praxen (Mittelwert: 11). Weitere Akteure, die teilweise aufgeführt wurden waren: Hausärzt*innen, weiteres Fachpersonal, andere Fachärzt*innen, Psycholog*innen bzw. Psychoonkolog*innen, Physiotherapeut*innen, Apotheken, Sozialdienst, Ernährungsberatung und weitere unterstützende Versorgungsangebote.

Nach der Frage nach der optimalen Versorgungssituation rückten die OncoCoaches ihre eigene Rolle meist stärker in den Mittelpunkt und ergänzten weitere Akteure wie die KoPPs, den Sozialdienst oder andere unterstützende Versorgungsangebote (vgl. Abbildung 118).

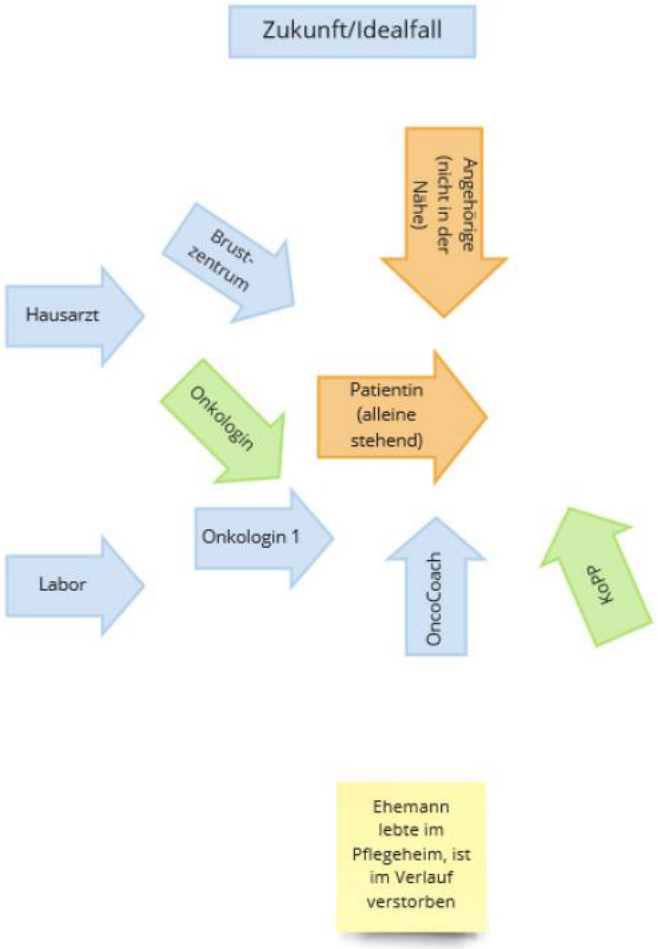


Abbildung 118: Beispiel PICTOR-Abbildung: Beschreibung Implementierungsziele in der Patientenversorgung aus Sicht von OC12 zu T2

In den Interviews sprachen OncoCoaches zudem im Rahmen der Oberkategorie Adoption über **Faktoren der Adoption** (siehe Abbildung 119). Die OncoCoaches nannten am häufigsten die OC-Schulung, Selbststudium sowie weitere Weiterbildungen als Faktor für die Adoption ihrer Rolle *„Also in erster Linie geholfen hat mir die Ausbildung, die war sehr gut.“ (OC1, T2, Pos. 315)*. Eine weitere bedeutende Rolle spielte die Unterstützung durch die Studienkoordination, Implementierungshilfen, wie der Implementierungsworkshop (*„Also für mich ein Erfolg, weil*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ich vorher gar keine Vorstellungen hatte, was da auf einen zukommt und einfach als Überblick Überschaffung und was man überhaupt für Möglichkeiten hat. Das Thema Kopp(?) kam da ja auch erst auf, was der dann alles noch macht und wie man den Patient besser versorgen kann, also es war wirklich ein Erfolg der Workshop, hat mir gut getan […]" (OC3, T2, Pos. 212)), die Initiative von Ärzt*innen (*„[…] auch weil die Ärzte dabei waren und die auch mitgehört haben, was wir für Aufgaben haben und das sie uns da einfach mehr Freiraum lassen, das zu tun. (OC, T2, Pos. 212)*) sowie zeitliche und räumliche Ressourcen. Auch die Eigeninitiative bzw. Motivation, der wahrgenommene Nutzen (*„Also mein Fazit zu dem Projekt ist, dass es ist definitiv ein absoluter Patienten-Vorteils-Nutzen. Unv. Projekt auf jeden Fall. Es hat einen Zugewinn für den Patienten sowie aber auch für die, ich sage mal, für die Einrichtung." (OC3, T7, Pos. 397)*) sowie die Zufriedenheit mit der eigenen Rolle (*„Es ist/ Man kann auch als Fachkraft oder auch als betreuende Pflegekraft oder was auch immer aktiv mitarbeiten an dem Patienten, was ja jahrelang so unter den Tisch gehalten wurde, weil es ja immer so Arzt-Patienten-Sache war. Aber nee, es ist es sind auch wir, die da einen ganz, ganz großen Einfluss auf die Patienten haben, weil wir ja wieder doch in Augenhöhe sind und wir doch mehr mit dem Patienten zu tun haben. (OC3, T7, Pos. 399*)) wurden als Faktoren der Adoption benannt. Ebenso relevant sei die strukturelle Ein- bzw. Angliederung der Rolle in bestehende Strukturen *„OC: Weil so (?) machen wir jetzt treffen und gucken was können wir optimieren, wie können wir den Patienten begleiten. […] ich kenn ja den Patienten und die Psychologin kennt ihn meistens auch und die onkologische Pflegefachkraft auch. Das heißt, dass die Anamnese entweder wir machen oder die onkologische Pflegefachkraft. Es gibt ja sehr viele Krebspatienten, dass es also keine Doppelläufer (?) gibt. Dass dann aber auch Patienten trotzdem eine Anamnese erhalten." (OC1, T2, Pos. 261)*.

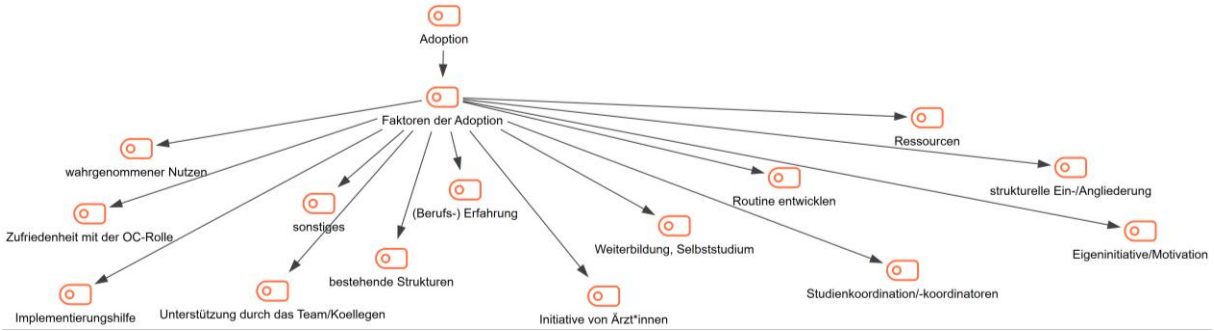


Abbildung 119: Oberkategorie "Adoption" und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

3.2.3.7 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – KoPPs

Insgesamt wurden 31 Interviews mit KoPPs geführt (10 Interviews zum Zeitpunkt T2, 11 zu T4 und 10 zu T7). Die Dauer der Interviews lag im Durchschnitt bei 67 Minuten. Im Zeitverlauf lässt sich jedoch eine Zunahme der Interviewlängen beobachten (Ø T2 = 60 Min., Ø T4 = 63 Min., Ø T7 = 74 Min.). Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde auf eine möglichst ausgeglichene Verteilung nach Einrichtungsart (Abbildung 120) sowie Studienarm (Abbildung 121) geachtet.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

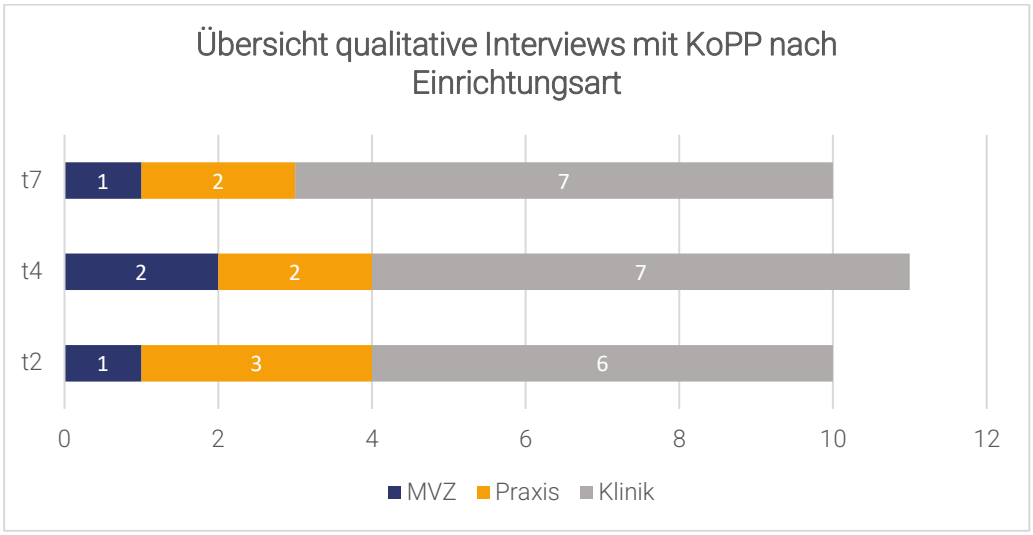


*Abbildung 120: Dokumentierende*r mit Meldeberechtigung*

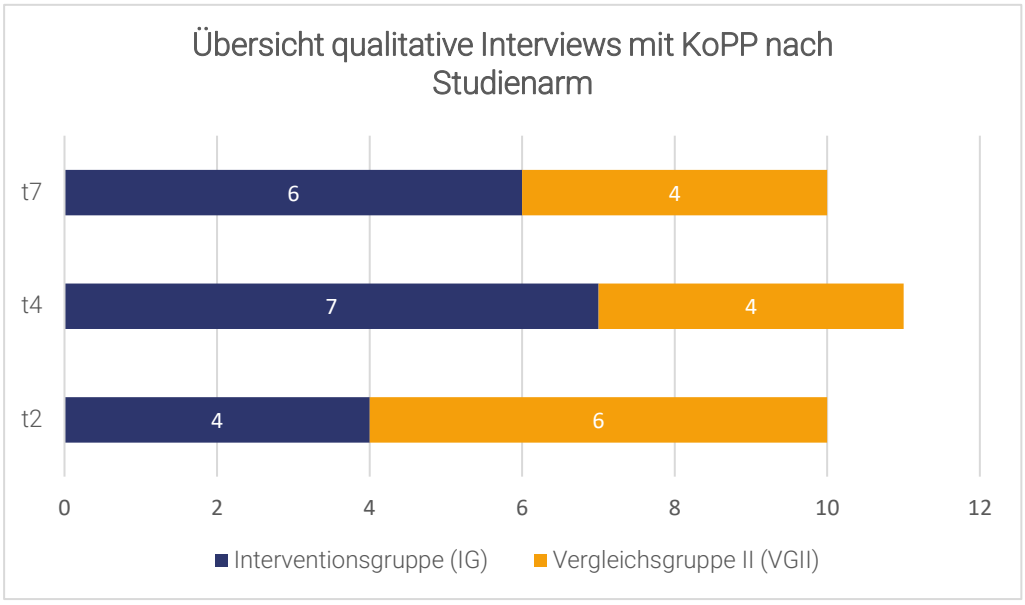


*Abbildung 121: Übersicht der qualitativen Expert*innen-Interviews nach Studienarm und Erhebungszeitpunkt*

Die Dimension „Adoption“ im RE-AIM-Modell bezieht sich auf die Bereitschaft und Fähigkeit von Einrichtungen und Fachkräften, ein neues Versorgungsmodell zu übernehmen und in ihre Arbeitsprozesse zu integrieren.

Innerhalb der Dimension „Adoption“ lassen sich folgende Subkategorien unterscheiden:

1.1 Projektbezogene Rückmeldungen

5.1 Verständnis Early Integration

7.1 Eigene Rolle KoPP: Wie wird diese wahrgenommen?

7.2 Fördernde Faktoren und

7.3 Hemmende Faktoren in der Umsetzung der Rolle

9 Lebensqualität

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einzelne Segmente der Bereiche Rollenbeschreibung der KoPP sowie fördernde und hemmende Faktoren lassen sich teilweise thematisch auch der Dimension „Implementation“ zuordnen.

Auffällig ist, dass sich die Segmente zur Rollenbeschreibung in der IG verstärkt mit konkreten Tätigkeitsfeldern, Abgrenzungen zu ärztlichen Aufgaben sowie der patientennahen Kommunikation befassen. Häufig wurden die Aufgaben der KoPP in Symptomkontrolle, Beratung, Koordination und emotionaler Begleitung beschrieben:

„Bei diesen Beratungsgesprächen […] wollte der Patient wissen, was bietet eigentlich Palliativmedizin generell? Welche versorgenden Strukturen gibt es? Also die meisten kannten, wenn überhaupt, stationäre Angebote oder hatten noch eine vage Vorstellung „Was ist ein Hospiz, was ist eine Palliativstation?“ Dann haben wir eigentlich sehr niederschwellig beraten. Was ist eigentlich in Deutschland als ambulantes Palliativangebot verfügbar?“ (IG, K31, T4, Abs. 37)

„Es ist gerade für uns Pflegende ein völlig neues Aufgabenfeld. Es hat so eine […] Grauzone zum ärztlichen Dienst und es hat so eine Grauzone zum psychologischen Dienst und ganz, ganz viel dazwischen.“ (IG, K31, T4, Abs. 75)

„Wenn die Symptome zunehmen? Was bedeutet das für den Patienten? Was bedeutet es für die Familie? Wo brauchen sie da eine Unterstützung, dass man das gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet. Plus vielleicht dafür auch Vorsorge treffen in Form von Vorsorge, Dokumenten halt. Vollmachten, Patientenverfügung. Dass man das mit anbietet, das mit dem Patienten zu erstellen. (...) Ja, das finde ich so die Hauptaufgabe eigentlich.“ (IG, K20, T4, Abs. 80)

In der VG II hingegen wurden die Rollen häufiger vage oder rückblickend beschrieben, was auf eine weniger aktive oder verspätete Auseinandersetzung mit dem Rollenkonzept hindeuten kann: *„Ich spreche mit den Menschen. Ich guck, was weitergeleitet werden muss. Spreche das mit den Patienten ab, was weitergeleitet werden soll und kann und darf. Und ja, das ist meine Aufgabe.“ (VG II, N30, T4, Abs. 130)*

*„Ist auch nicht vorgesehen, weil wir eben in dieser anderen KoPP-Gruppe sind. Die, die eben frei arbeitet, aber ohne […] die Genehmigung, dass wir selber Kontakt mit irgendjemand aufnehmen. Das soll immer über Frau *Name OncoCoach* gehen und das ist manchmal, was mir ein bisschen fehlt. Aber letztendlich komme ich da so ganz gut mit zurecht, weil das ist nun mal die Vorgabe.“ (VG II, M12, T4, Z. 41)*

In der VG II wird wiederholt thematisiert, dass die KoPP keine eigenständige Verantwortung übernehmen dürfen, sondern sämtliche Koordinationsaufgaben zwingend über den OncoCoach abgewickelt werden müssen. Diese eingeschränkte Handlungskompetenz wird von den Beteiligten als ineffizient und demotivierend erlebt:

„Meine Aufgabe als KoPP ist ja da erstmal nur beratend tätig zu werden und obwohl ich eine, […] Telefonnummer von dem Pflegedienst oder von einem ambulanten Hospizdienst im Telefon eingespeichert habe, darf ich den ja nicht anrufen […], sondern ich soll es an den OncoCoach weiterleiten und das ist für mich einfach, das ist zeitraubend.“ (VG II, K24, T7, Abs. 26)

*„Also mit dem Onkologen? Das ist ja das, wo ich, ich persönlich, also ganz, ganz persönlich, ich am meisten Schwierigkeiten mit habe, ist, dass ich keine Kontakte aufnehmen darf zum Onkologen, zum Hausarzt, zu irgendjemanden. Ich weiß immer nur das, was Frau *Name*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

OncoCoach mir sagt oder was der Patient und die Angehörigen mir sagen.“ (VG II, M12, T4, Abs. 41)*

„Ich würde das hinschmeißen. […] Wenn ich ein Problem sehe, wenn ich sehe, der Patient braucht einen Pflegegrad, rufe ich die Kasse an, wenn ich sehe, der Patient braucht einen Pflegedienst, rufe ich den Pflegedienst an. […] es hat was mit Wertschätzung gegenüber dem Patienten zu tun, […] und nicht erst, ich gebe das […] an den OncoCoach weiter und wenn der dann irgendwann mal Zeit hat, kümmert er sich darum.“ (VG II, K24, T7, Z. 55 – 56)

Förderliche Rahmenbedingungen in der IG werden deutlich häufiger benannt, darunter die gezielte Schulung, institutionelle Rückendeckung und die Integration der KoPP in bestehende Abläufe: *„Wenn ich dann als KoPP zum Einsatz kam, dann verweise ich auf Strukturen, mit denen wir etablierte Wege haben, die wir kennen.“ (IG, K31, T4, Abs. 91)*

„Aber wenn sie die Menschen mal kennengelernt haben, dann ist glaube ich so sagen sie es, es ist die halbe Miete eigentlich. Also diese engere Verzahnung mit der onkologischen Praxis oder mit der Klinik, die finde ich gut.“ (IG, K20, T4, Abs. 70)

Zusätzlich war die Anwesenheit eines zweiten KoPP von Mehrwert für eine der interviewten Personen: *„Für mich war eine große Unterstützung, dass ich einen zweiten KoPP an meiner Seite hatte. Wir haben uns viel ausgetauscht über die Studie. Wir wussten, es gibt auch von Seiten der Studie immer einen Ansprechpartner, der, genau, wenn wir Fragen gehabt hätten oder, oder Dinge unklar waren, gerade in Bezug auf die Dokumentation.“ (IG, K11, T4, Z. 105 – 106)*

Diese Faktoren scheinen in der VG II seltener vorhanden gewesen zu sein, denn insgesamt werden hier weniger fördernde Faktoren für die Umsetzung der Rolle der KoPPs beschrieben. Gleichzeitig wurden in der IG hemmende Faktoren in der Umsetzung der Rolle intensiver thematisiert, etwa Unsicherheiten in der Rollendefinition, mangelnde zeitliche Ressourcen oder fehlende Akzeptanz im Team. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass durch die aktive Einführung der KoPP-Rolle auch mehr Spannungsfelder sichtbar wurden, während in der VG II eine geringere Implementierungstiefe zu weniger reflektierten Herausforderungen geführt hat.

Es ist anzumerken, dass die erfolgreiche Adoption neuer Versorgungsrollen wie jener der KoPP nicht allein durch Schulungen oder Konzepte sichergestellt werden kann. Vielmehr bedarf es einer umfassenden kulturellen, strukturellen und teambezogenen Veränderung, die über die reine Einführung hinausgeht. Die im Vergleich höhere Anzahl hemmender wie fördernder Faktoren in der IG legt nahe, dass hier zwar mehr Bewegung im System war, jedoch auch mehr Reibung entstanden ist. In der VG II könnte die geringere Auseinandersetzung mit der Rolle der KoPP auf eine ausbleibende tiefgreifende Integration sowie Verantwortlichkeit hindeuten, was sowohl Potenziale als auch Risiken birgt.

Ein fundiertes und reflektiertes Verständnis des Projekts stellt eine zentrale Voraussetzung für die tatsächliche Übernahme neuer Rollen dar. Insbesondere in der IG zeigen die Aussagen der Befragten, dass die Zielsetzung des Projekts weitgehend verstanden und aktiv mitgetragen wird, was auf eine gelungene Kommunikation und Schulung im Verlauf der Implementierung hinweist. So beschreibt eine KoPP aus der IG die Intention der „Early Integration“ als frühzeitigen Beratungsansatz mit vorausschauendem Nutzen für Patient*innen:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

„Early Integration, also genau wie es aus meiner Sicht gedacht ist, es zeigt sich ein Beratungsbedarf für palliativ, weil das perspektivisch sinnvoll ist zu einer Zeit, wo der Patient noch recht alltagsfest war, wo er therapiefähig war“ (IG, K31, T7, Abs. 113)

Auch aus der VG II wird vereinzelt von positiven Erfahrungen mit dem frühzeitigen Einbezug berichtet. Eine Teilnehmerin betont dabei besonders die positive Rückmeldung seitens der Patient*innen: *„Ich finde das wichtig und habe auch von den Patienten gehört, dass sie es gut gefunden haben, dass wir so früh eingestiegen sind auch, dass sie eigentlich auch […] durchweg positiv bewertet haben, dass wir dazugekommen sind und dass sie noch mal alles besprechen konnten“ (VG II, M12, T7, Abs. 126)*

Übergreifend wird das Projekt sowohl in IG als auch VG II als gesellschaftlich sinnvoll und gesundheitspolitisch relevant wahrgenommen. Eine Interviewpartnerin aus der IG fasst dies stellvertretend zusammen: *„Das Ganze ist ein gesellschaftlicher Auftrag und ein Auftrag ans Gesundheitswesen. Und da leistet das Forschungsprojekt einen guten Beitrag zu. Ich finde, es entstehen wieder neue Forschungsfragen dadurch.“ (IG, K20, T4, Abs. 140).*

Auch in der VG II wird der Wert des Projekts grundsätzlich anerkannt, wenn auch vor dem Hintergrund anderer Ausgangsbedingungen: *„Aber das sind halt auch palliative Therapien und die meisten schon eher in den letzten Zügen, von daher war das eine schöne Erfahrung und ich finde es gut und wertvoll. Ich glaube, da müssen wir wirklich weitermachen dran.“ (VG II, N30, T7, Abs. 230)*

Diese Aussagen verdeutlichen, dass „Adoption“ nicht als punktuelles Ereignis zu verstehen ist, sondern als fortlaufender, lernender Prozess mit Rückkopplungsschleifen. Insbesondere in der IG zeigt sich eine aktive Auseinandersetzung mit neuen Rollenkonzepten; ein essenzieller, wenn auch anspruchsvoller Bestandteil erfolgreicher Implementierung. Die Vergleichsgruppe hingegen zeigt Ansätze von Offenheit und Zustimmung, jedoch in einem deutlich zurückhaltenderen Umfang.

Auswertung Miro-Boards – KoPPs

Die Analyse der insgesamt 31 PICTOR-Darstellungen (17 IG, 14 VG II) zeigt eindrücklich, wie sich die Wahrnehmung und Benennung versorgungsrelevanter Akteur*innen im Rahmen des OnCoPaTh-Projekts über die Zeit entwickelt hat. Die Auswertung basiert auf den visualisierten Netzwerken, in denen Behandler*innen die Versorgung eines*einer konkreten Krebspatient*in aus ihrer Praxis skizziert haben. Diese Netzwerke lassen Rückschlüsse auf das Verständnis multiprofessioneller Zusammenarbeit, die Integration projektbezogener Elemente sowie strukturelle Versorgungslogiken zu.

IG:

In der IG lässt sich über alle Phasen hinweg eine klare Ausweitung und Verdichtung der Netzwerke erkennen. Bereits in den frühen Boards (T2) sind zentrale Akteurinnen wie Onkolog*innen, SAPV-Teams, Palliativstationen und Beratungsstellen sichtbar (Abbildung 122).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

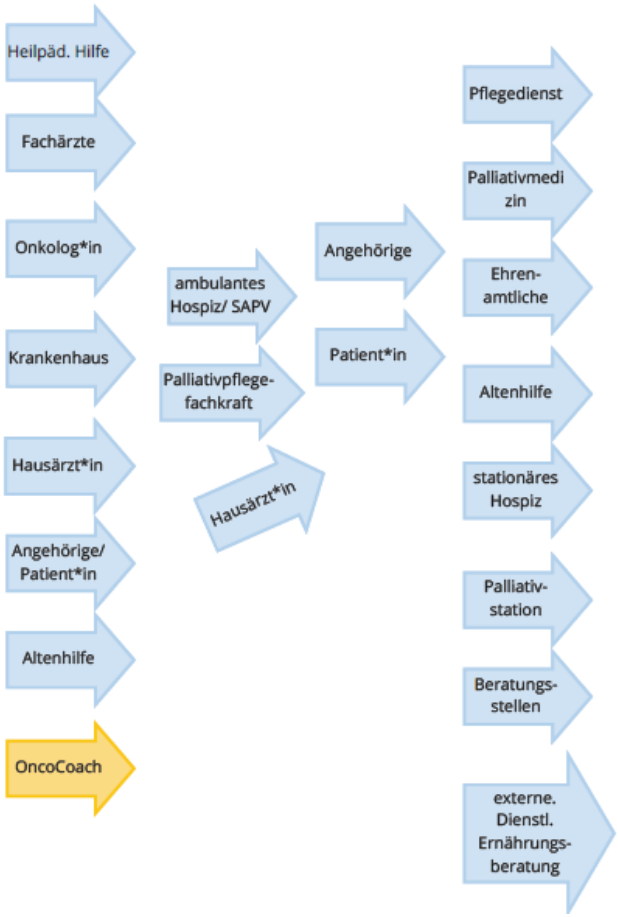


Abbildung 122: Beispielhaftes Miro-Board der IG zum Zeitpunkt T2, Quelle: Miro-Board T2, IG, K35

Mit fortschreitender Projektlaufzeit (T4, T7) treten spezifische neue Rollen hervor: Der OncoCoach und die KoPPs sind konsistent präsent und bilden Bindeglieder zwischen Patientin, Angehörigen, ambulanten Diensten, Kliniken und spezialisierten Versorger*innen (Abbildung 123).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

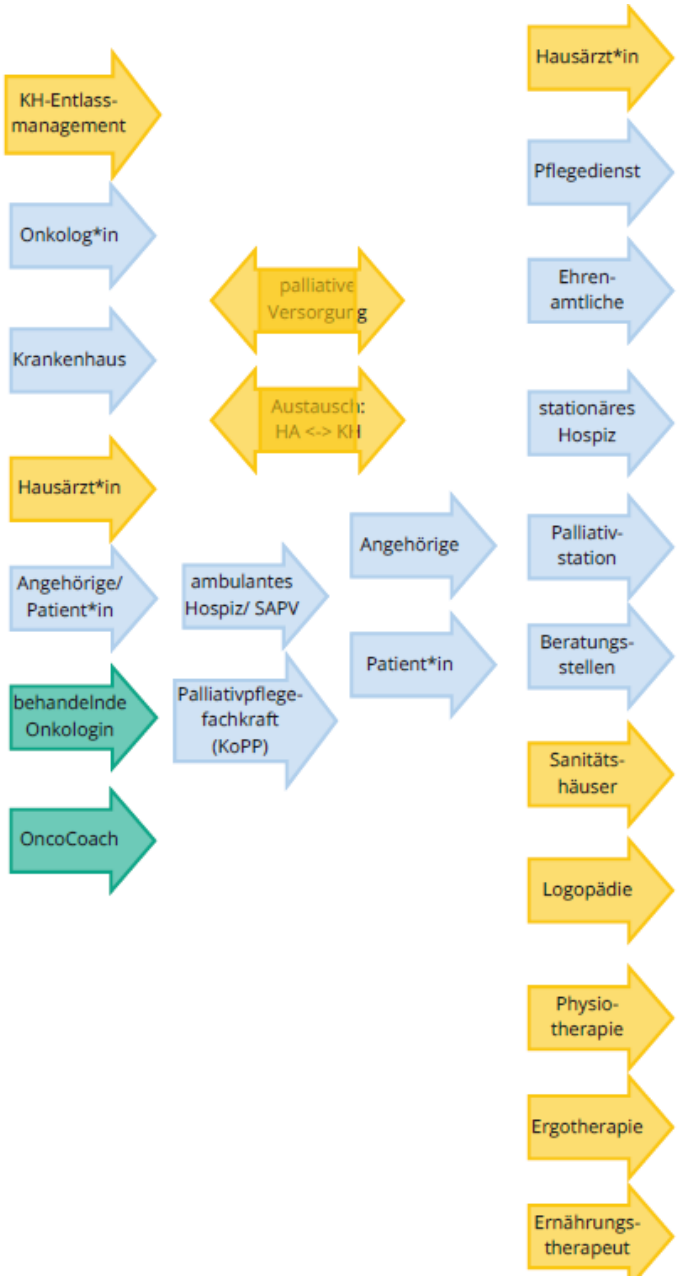


Abbildung 123: Beispielhaftes Miro-Board der IG zum Zeitpunkt T4, Quelle: Miro-Board T4, IG, K35

Ein markantes Muster ist die Einbindung multiprofessioneller Angebote wie Psychoonkologie, Trauerbegleitung, Ehrenamt und Netzwerkangebote (z. B. Selbsthilfegruppen, Kindertrauerbegleitung). Die IG zeichnet sich zudem durch eine kontinuierliche Erweiterung aus: In den *T7*-Boards werden auch neue Verknüpfungen wie Entlassmanagement, Schnittstellen zur Ergo- und Logotherapie oder erweiterte Versorgungsnetzwerke dargestellt.

Zudem zeigen die wiederholten Pfeildiagramme eine aktive Rückkopplung: Rückkommunikation zwischen Hausärzt*in, Onkolog*in und KoPPs ist mehrfach betont, was auf eine funktionierende intersektorale Abstimmung hindeutet. Viele Schaubilder spiegeln eine klare Soll-Ist-Abgrenzung wider: Die Soll-Zustände zeigen erweiterte Akteurslandschaften und verdeutlichen, dass die Implementierung teils schrittweise erfolgt, sich aber strukturell gefestigt hat.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

VG II

Im Gegensatz dazu bleibt die Adoption in der VG II über alle Erhebungszeitpunkte vergleichsweise stabil und fokussiert sich stärker auf konventionelle Versorgungsstrukturen. Zwar treten auch hier wiederholt Kernelemente wie SAPV, Hausärzt*in, Hospizdienste und Palliativstation auf, doch innovative Schnittstellen (z. B. OncoCoach) werden nur punktuell benannt und sind oft nicht fest verankert (vgl. Abbildung 124).

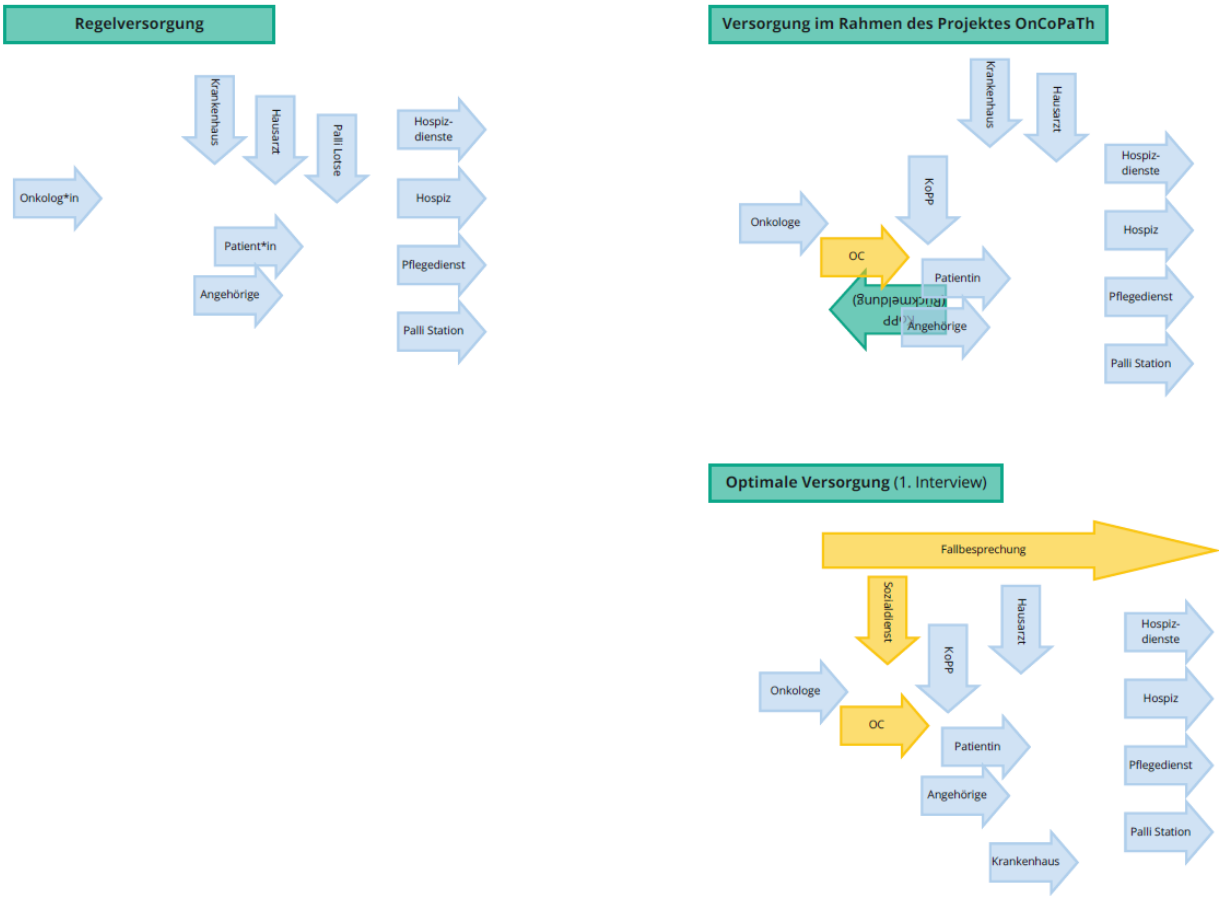


Abbildung 124: Beispielhaftes Miro-Board der VG II zum Zeitpunkt T4
Quelle: Miro-Board T4, VG II, M12

Auffällig ist, dass die VG II-Boards vielfach parallele Zustände (Ist vs. Soll) zeigen, etwa bei K19 oder M12, ohne dass eine deutliche Netzwerkerweiterung dokumentiert wird. Stattdessen bleibt es bei einer eher fallbezogenen Einzelfallsteuerung mit punktuellen Ergänzungen (z. B. Seelsorge, Ehrenamt, Fallbesprechungen) und einem häufig fehlenden Bindeglied für koordinierte Kommunikation.

Während in der IG KoPP und OncoCoach in fast allen Miro-Boards fest verankert sind, tauchen diese Rollen in der VG II oft nur als Option auf oder werden bei Bedarf aktiviert, nicht jedoch als Standard etabliert. Netzwerkkomponenten wie muslimische oder religiöse Hilfsdienste, Seelsorge oder Ehrenamt sind zwar vorhanden, wirken aber eher ergänzend als strukturell integriert (vgl. Abbildung 125)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

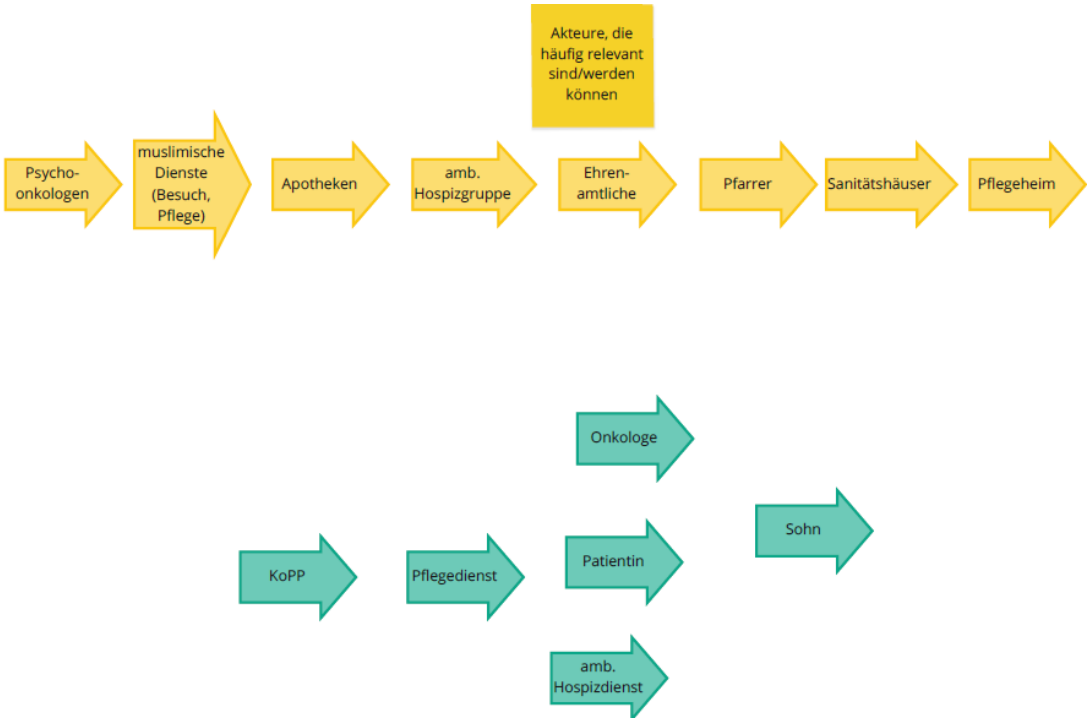


Abbildung 125: Beispielhaftes Miro-Board der VG II zum Zeitpunkt T4
Quelle: Miro-Board T4, VG II, N30

Zeitlicher Verlauf

Die Gegenüberstellung über die drei Erhebungszeitpunkte (T2, T4, T7) macht deutlich, dass die IG über die Zeit eine stetige Verdichtung und Professionalisierung der Netzwerkstrukturen durchläuft. Dies zeigt sich u. a. an der Zunahme von Koordinator*innen, der Ausweitung auf spezialisierte Fachtherapien und dem dokumentierten Rückmeldesystem zwischen allen Beteiligten. In der VG II bleiben dagegen die Netzwerke eher fragmentiert: Während punktuell Weiterentwicklungen erkennbar sind, bleibt eine flächendeckende Übernahme der Interventionsidee aus.

Fazit:

Zusammenfassend deutet die Miro-Board-Analyse auf eine erfolgreiche Adoption der Interventionskomponenten in der IG hin. Der OncoCoach, die KoPPs und regelmäßige Fallbesprechungen sind etablierte Elemente, die eine systematische, multiprofessionelle Vernetzung stützen. Die VG II hingegen zeigt zwar punktuelle Ansätze zur Optimierung, hält aber an der traditionellen Versorgungslogik fest, sodass die nachhaltige Übernahme neuer Netzwerkstrukturen limitiert bleibt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2.3.8 Interviews mit Patient*innen (der IG)

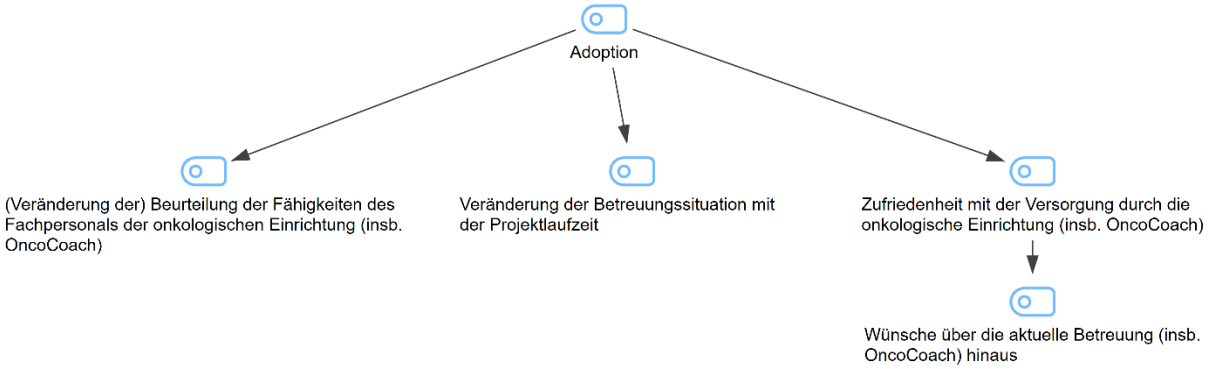


Abbildung 126: Oberkategorie „Adoption“ und Unterkategorien der Patienteninterviews

Im Rahmen der **Adoption** (Abbildung 126) wurden die Patient*innen nach ihrer **Einschätzung der Fähigkeiten des betreuenden Fachpersonals (insb. des*der OncoCoach*in) in ihrer onkologischen Einrichtung** gefragt. Die meisten der Interviewten stuften die Fähigkeiten des behandelnden Personals als *„P: […] gut. #00:09:08-2# (P3, T2, Pos. 83)“* oder *„P: […] Sehr gut.“ #00:15:27-9# (P1, T2, Pos. 78)* ein, was sich über die Zeit bestätigte (bspw. *„P: Ne, da hat sich bestimmt nichts geändert. Es ist/ Also, wenn ich eine Frage hatte, hatten sie immer eine Antwort oder haben sich gekümmert. Und mehr kann man also mehr kann ich nicht dazu sagen. Also.“ #00:16:20-9# (P8, T4, Pos. 101)*). Dabei fand die Beurteilung in der Regel auf Basis der subjektiven Wahrnehmung der Kompetenz und auch der Zufriedenheit mit (bspw. der Freundlichkeit, der Empathie) des Personals statt *(„P: Sehr gut. Sehr freundlich. Sehr nett. Sehr kompetent.“ (P4, T2, Pos. 67), „P: […] Das sind auch unglaublich nette und und und behutsame und verständnisvolle Menschen da. Also ich bewundere die Schwestern und die Ärzte (P5, T2, Pos. 17), „P: Also, ich bin voll zufrieden.“ (P8, T2, Pos. 72))*, was in einem großen patientenseitigen Vertrauen resultiert *(„P: […] Das ist also, da habe ich auch totales Vertrauen zu denen. Da habe ich keine Angst. (P5, T2, Pos. 61)).* Somit spielten die Dimensionen des wahrgenommenen Wissens und der Empathie des Personals eine maßgebliche Rolle (z.B. *„Und die Schwestern können können ganz viel auch. Also das wundert mich auch immer wieder, dass die so einfach so ein immenses Wissen haben und und so einfühlsam sind.“ (P5, T6, Pos. 187)* und *„OncoCoach als Ansprechpartner, die ja auch über ein wirklich fundiertes Wissen ein fundiertes Wissen hat. Das ist schon hilfreich.“ #00:05:55-7# (P10, T6, Pos. 53)*). Patient*innen, welche eine*n OncoCoach*in hatten berichteten ebenfalls ausschließlich positiv von ihm*ihr: *„I: Da haben Sie in Ihrem OncoCoach eine gute Ansprechpartnerin. Sehr schön.*

P: Auf jeden Fall. Ganz kompetente Frau.“ (P10, T2, Pos. 36-37). Hinsichtlich der Zufriedenheit der Betroffenen spielt auch der Faktor der aufgewendeten Zeit für den*die Patient*in eine Rolle: *„Also die nehmen sich so viel Zeit mit mir. Alles erklärt. Selbst die ganz Junge.“ (P7, T2, Pos. 87)*, wobei mehr Zeit positiv aufgefasst wurde. Patient*innen wissen aber auch und reflektieren, dass die Ressource „Zeit“ in der Kombination mit der Ressource „Personal“ kritisch ist: *„P: Die sind sehr gut und natürlich ist das wie überall zu beobachten. Sind die total überfordert, weil es halt zu wenig Personal gibt. Und das Krankenhaus hat jetzt mehr Plätze zur ambulanten Versorgung, aber das Personal ist (nicht?) gestiegen und von daher, tun mir die, immer die Kolleginnen da manchmal leid, wie sie da so rotieren müssen.“ (P11, T2, Pos.*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

53). Eine interviewte Person erläuterte, unmittelbar eine Ansprechperson gehabt und damit das Gefühl von Bemühungen seitens des onkologischen Fachpersonals der Versorgungseinrichtung erhalten zu haben: *„P: Sehr bemüht. Also (…) wenn ich sie anspreche, habe ich sofort einen Ansprechpartner. Das ist etwas, was was sehr wichtig ist. Die meisten Leute, die man anspricht, hat man nicht als Ansprechpartner, sondern als jemand, der einen abwimmelt. Wissen Sie wie ich mein? #00:12:50-6# (P4, T6, Pos. 131)*

Patient*innen gaben hinsichtlich der Zufriedenheit mit ihrer onkologischen Versorgung, insb. OncoCoach*in und KoPP, an, dass sie zufrieden waren, z.B. *„P: Unv. sehr sehr zufrieden. #00:10:02# (P6, T4, Pos. 80)* oder *„P: Ja. Ich gehe ich gehe einfach davon aus, dass ich in gute Hände bin. (lacht) Also ich war während der Behandlung habe ich mich wirklich gut aufgehoben gefühlt und auch gut betreut gefühlt. Und immer Ansprache da gewesen und auch immer wieder gesagt gekriegt bitte melden Sie sich, wenn Sie irgendwo Probleme haben und melden Sie sich sofort und und also da habe ich mich gut aufgehoben gefühlt.“ (P15, T6, Pos. 89)* oder *„P: […]* Da fühle ich mich halt unglaublich gut aufgehoben. Und also unfassbar. Das hätte ich nicht gedacht, dass es so was überhaupt gibt. #00:17:59# (P5, T6, Pos. 40).

Die Interviewten wurden hinsichtlich ihrer **Wünsche über die aktuelle (OncoCoach*in-)Betreuung hinaus** gefragt. Dabei wurde Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten (bspw. Anträge) angeführt *(„P: Ich ich weiß nicht, ob, ob der OncoCoach mich nachher betreuen kann, wenn es um Anträge geht mit den ganzen Krankenkassen. Vielleicht brauche ich ja irgendwann mal wirklich Pflegehilfe oder so, ne. Ob der das kann. Das kann ich nicht beurteilen. Das wäre natürlich eine große Hilfe.“ #00:08:18# (P3, T4, Pos. 67))*. Darüber hinaus nannten die interviewten Patient*innen, keine Wünsche (bspw. *„P: Ne, gar nichts eigentlich. Also die ja eigentlich/ Die helfen mir, wo es geht, helfen sie mir.“ #00:10:22# (P6, T4, Pos. 82)* oder auch *„P: Ne, ne, könnte ich nicht sagen. Ich war so rum zufrieden (P15, T6, Pos. 107)*). Eine Person merkte an, dass die Wünsche ggf. dann kämen, wenn es ihm*ihr schlechter gehen würde und damit Bedarf entstünde: *„P: (...) Im Moment nicht. Ich denke, das wird erst, wenn es mir wirklich dann schlechter geht. Also im Moment bin ich ganz froh, weil ich brauche nicht jemanden, der mich ständig betüdelt oder so. #00:16:39# (P8, T6, Pos. 100).*

3.2.4 Implementation

3.2.4.1 eCRF

<u>Einrichtungsstatistik</u>

Die minimale und maximale Anzahl eingeschlossener Patient*innen unter den IG-Einrichtungen beträgt 1 und 43 und für VG II-Einrichtungen 2 und 41. Die durchschnittliche Anzahl an Patient*innen war in der IG mit 20 etwas höher als in der VG II mit 17. Das Minimum und Maximum an geführten Coaching-Gesprächen beläuft sich in der IG auf 3 und 964 und in der VG II auf 10 und 355. Innerhalb der IG-Einrichtungen wurden im Mittel (∅ 210) deutlich mehr Coaching-Gespräche geführt als in der VG II (∅ 110). Es fanden maximal (223) sowie auch im Mittel (∅ 27) häufiger Konsile von OC und KoPP in der IG als in der VG II (Maximum 125, ∅ 21) statt. Gleiches gilt für die mittlere Anzahl an Sprechstunden/Arztkontakten (IG ∅ 213, VG II ∅ 183). Siehe hierzu Abbildung 127.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	IG	VGII
Anzahl Einrichtungen im eCRF	12 (86 %)	13 (87 %)
Anzahl Patient*innen pro Einrichtung	Minimum: 1; Maximum: 43	Minimum: 2; Maximum: 41
Durchschnittliche Anzahl an Patient*innen pro Einrichtung (SD)	20 (16)	17 (12,6)
Anzahl Coaching-Gespräche	Minimum: 3; Maximum: 964	Minimum: 10; Maximum: 355
Durchschnittliche Anzahl an Coaching-Gesprächen pro Einrichtung (SD)	210 (324,5)	110 (99,9)
Annzahl Konsile -- OC mit KoPP	Minimum: 0; Maximum: 223	Minimum: 0; Maximum: 125
Durchschnittliche Anzahl an Konsilen (OC mit KoPP) pro Einrichtung (SD)	27 (62,5)	21 (40,5)
Anzahl Sprechstunden-/Arztkontakte (OC)	Minimum: 9; Maximum: 618	Minimum: 11; Maximum: 977
Durchschnittliche Anzahl an Sprechstunden-/Arztkontakte (OC) pro Einrichtung (SD)	213 (183)	183 (267,4)

Abbildung 127: eCRF Einrichtungsstatistik – Implementation

VG I-Studienphase

Patientenkontakte

In der **VG I**-Studienphase konnten 377 Patient*innen eingeschlossen werden. Von diesen Patient*innen hatten laut Dokumentation im eCRF 374 (99 %) eine Sprechstunde mit einem*einer Arzt*Ärztin bzw. einen Arztkontakt, 275 (73 %) ein Gespräch mit einem*einer MFA und 67 (18 %) haben eine palliative Expertise eingeholt bzw. nahmen palliative Expertise in Anspruch.

Die maximale Anzahl an Sprechstunden mit einem*einer Arzt*Ärztin bzw. an Arztkontakten pro Patient*in war 68. Die maximale Anzahl an MFA-Gesprächen für ein*e Patient*in belief sich auf 27 und die maximale Anzahl an palliativer Expertise auf 8.

Im Mittel fanden 11 Sprechstunden mit einem*einer Arzt*Ärztin bzw. Arztkontakte statt. Die mittlere Anzahl an MFA-Gesprächen pro Patient*in belief sich auf ca. 4. Palliative Expertise fand im Mittel 0,2 Mal pro Patient*in statt.

Zum Teil wurden pro Patient*in mehrere Eintragungen vorgenommen, sodass sich insgesamt 4255 dokumentierte Sprechstunden/Arztkontakte, 1471 dokumentierte MFA-Gespräche, 84 dokumentierte palliative Expertisen und 482 dokumentierte Krankenhausnächte ergaben (Abbildung 128).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	VG I
Potenziell mögliche Gesamtzahl	4524 (100 %)
Gesamtzahl dokumentierte Sprechstunden/Arztkontakte	4255 (94 %)
Gesamtzahl dokumentierte MFA-Gespräche	1471 (33 %)
Gesamtzahl dokumenterte palliative Expertise	84 (2 %)
Gesamtzahl Anzahl Nächte im Krankenhaus	482 (11 %)
Gesamtzahl Patient*innen VG I	377 (100 %)
Anzahl_Sprechstunde_Arztkontakt	374 (99 %)
Anzahl_MFA_Gespraeche	275 (73 %)
Anzahl_palliative_Expertise	67 (18 %)
Anzahl Krankenhausaufenthalte	237 (63 %)
Maximale Anzahl an Sprechstunden/Arztkontakten (pro Patient*in)	68
Maximale Anzahl an MFA-Gesprächen (pro Patient*in)	27
Maximale Anzahl an palliativer Expertise (pro Patient*in)	8
Mittlere Anzahl an Sprechstunden/Arztkontakten pro Patient*in (SD)	11,32 (11,33)
Mittlere Anzahl an MFA-Gesprächen pro Patient*in (SD)	3,90 (4,88)
Mittlere Anzahl an palliativer Expertise pro Patient*in (SD)	0,22 (0,64)

Abbildung 128: eCRF VG I – Patientenkontakte

Der Großteil (85 %) der Sprechstunden mit einem*einer Arzt*Ärztin bzw. der Arztkontakte thematisierte die medikamentöse Therapie bzw. Verlaufskontrolle, gefolgt von sonstigen Themen (7 %). Die Angaben befinden sich in Abbildung 129.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhalt der Sprechstunde/des Arztkontaktes	4346 (100 %)
Medikamentöse Therapie/Verlaufskontrolle	3685 (85 %)
Notfallbehandlung z.B. bei schweren Nebenwirkungen	130 (3 %)
Sonstige	301 (7 %)
Medikamentöse Therapie/Verlaufskontrolle,Sonstige	82 (2 %)
Medikamentöse Therapie/Verlaufskontrolle,Notfallbehandlung z.B. bei schweren Nebenwirkungen	9 (0,2 %)
Notfallbehandlung z.B. bei schweren Nebenwirkungen,Sonstige	5 (0,1 %)
Medikamentöse Therapie/Verlaufskontrolle,Notfallbehandlung z.B. bei schweren Nebenwirkungen,Sonstige	1 (0,02 %)
NA	133 (3 %)

Abbildung 129: eCRF VG I – Inhalt der Sprechstunde/des Arztkontaktes

Der Großteil (85 %) der MFA-Gespräche in der VG I wurde in der Praxis durchgeführt, der restliche Teil (15 %) telefonisch. Es lagen Angaben bei 275 Patient*innen vor. 87 % der Gespräche dauerten weniger als 20 Minuten und der geringste Anteil an Gesprächen dauerte länger als eine Stunde. Bei der Dauer basierten die Daten auf 274 der VG I-Patient*innen (Abbildung 130).

Durchführungsart der MFA-Gespräche	1471 (100 %)
In der Praxis	1244 (85 %)
Telefonisch	211 (14 %)
NA	16 (1 %)
Dauer der MFA-Gespräche	1471 (100 %)
<=20 Minuten	1269 (86 %)
21-40 Minuten	148 (10 %)
41-60 Minuten	20 (1 %)
>60 Minuten	12 (0,8 %)
NA	22 (1 %)

Abbildung 130: eCRF VG I – Durchführungsart und Dauer der MFA-Gespräche

Die Frage, ob palliative Expertise herangezogen wurde, wurde 594 Mal (bei 278 Patient*innen) der VG I-Patient*innen im eCRF beantwortet. Palliative Expertise wurde in 17 % der 594 dokumentierten Fälle herangezogen. Bei der Art der hinzugezogenen Expertise handelt es sich in der Regel um palliative Pflege (46 %) oder eine*n Palliativmediziner*in (35 %). Der Austausch fand meist schriftlich (60 %) oder persönlich (30 %) statt. Die Angaben bezogen sich auf 67 Patient*innen. (Abbildung 131).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wurde palliative Expertise herangezogen?	594 (100 %)
Ja	102 (17 %)
Nein	492 (83 %)
Art der palliativen Expertise	84 (100 %)
AAPV	4 (5 %)
SAPV	39 (46 %)
Palliative Pflege	29 (35 %)
Palliativmediziner	10 (12 %)
Palliative Pflege,SAPV	1 (1 %)
Palliative Pflege,Palliativmediziner	1 (1 %)
Art des Informationsaustauschs bei palliativer Expertise	84 (100 %)
Persönlich	25 (30 %)
Schriftlich	50 (60 %)
Telefonisch	8 (10 %)
Persönlich,Schriftlich	1 (1 %)

Abbildung 131: eCRF VG I – Palliative Expertise sowie Art und Art des Informationsaustauschs

Es wurden insgesamt 482 Eintragungen bei 228 der 377 VG I-Patient*innen bei der Anzahl Krankenhausnächte vorgenommen. Bei 5 Patient*innen wurde explizit 0 angegeben. Ca. drei Viertel (71 %) der Eintragungen beliefen sich auf 1 bis 10 Nächte Krankenhausaufenthalt. Bei der Art des Krankenhausaufenthaltes wurden 482 Eintragungen gemacht, welche sich auf 237 Patient*innen verteilen. 53 % der Eintragungen waren ungeplant (wegen Notfall) und 47 % geplant (Abbildung 132).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anzahl Nächte Krankenhausaufenthalte	482 (100 %)
0	5 (1 %)
1	33 (7 %)
2	88 (18 %)
3-10	216 (45 %)
11-20	78 (16 %)
>20	28 (6 %)
NA	34 (7 %)
Art des Krankenhausaufenthaltes	482 (100 %)
Geplant	226 (47 %)
Ungeplant (wegen Notfall)	255 (53 %)
NA	1 (0,2 %)
Wurde der Therapieplan seit dem letzten Patientenkontakt geändert?	2942 (100 %)
Ja	669 (23 %)
Nein	2186 (74 %)
NA	87 (3 %)

Abbildung 132: eCRF VG I – Krankenhausaufenthalte sowie Art dessen und Therapieplanänderung

C-RCT-Studienphase

Coaching-Gespräche (OC)

Es wurde eine Gesamtzahl von 3941 **OC-Gesprächen** im **eCRF der C-RCT** dokumentiert, wobei der größere Anteil mit ca. 64 % (n = 2517) auf die IG entfallen.

Hinter der Gesamtzahl an dokumentierten OC-Gesprächen stehen 429 Patient*innen, sodass es folglich zu 19 Patient*innen der insgesamt 448 in die C-RCT eingeschlossenen Patient*innen keine Eintragungen gibt. Dies impliziert, dass laut Dokumentation des eCRF 19 Patient*innen kein OC-Erstgespräch erhielten. Die 429 entfielen auf 221 IG-Patient*innen (dies entspricht einer Abweichung von 13 Patient*innen zu der Gesamtzahl eingeschlossener Patient*innen in der Studiengruppe der IG) und 208 VG II-Patient*innen (Abweichung von 6 Patient*innen in der Studiengruppe der VG II). Siehe hierzu Abbildung 133.

	IG	VGII	Gesamt	NA
Anzahl dokumentierter OC-Gespräche im eCRF	2517 (64 %)	1424 (36 %)	3941 (100 %)	0
Anzahl Patient*innen mit Erstgespräch	221 (94 %)	208 (97 %)	429 (96 %)	19 (4 %)
Anzahl Patient*innen NUR mit Erstgespräch	25 (11 %)	19 (9 %)	44 (10 %)	0
Maximale Anzahl an geführten OC-Gesprächen pro Patient*in	57	47	/	/
Mittlere Anzahl an geführten OC-Gesprächen (SD)	11 (11)	7 (6)		

Abbildung 133: eCRF C-RCT – Coaching-Gespräche (OC)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Coaching-Erstgespräche

44 Patient*innen (ca. 10 %) erhielten laut eCRF lediglich ein **Erstgespräch**. Davon waren 25 Patient*innen aus der IG und 19 aus der VG II. Das Maximum, laut eCRF-Dokumentation, an geführten Gesprächen für eine*n Patient*in war 57. Im Durchschnitt wurden in der IG ca. 11 OC-Gespräche pro Patient*in (SD von 11) geführt und in der VG II ca. 7 (SD von 6). Ca. 43 % der Erstgespräche in der IG dauerten zwischen 41 und 60 Minuten und 42 % dauerten zwischen 20 und 40 Minuten. In der VG II dauerten 22 % der Erstgespräche zwischen 41 und 60 Minuten, also knapp die Hälfte des Anteils in der IG, und ein ähnlicher Anteil von 44 % dauerte zwischen 20 und 40 Minuten. Allerdings belief sich der Anteil von Erstgesprächen in der VG II mit einer Dauer von weniger als 20 Minuten auf 29 %, wohingegen es in der IG lediglich 6 % waren. Über 90 % der Erstgespräche fanden in beiden Studiengruppen in der Praxis statt. Ca. ein Fünftel der Patient*innen beider Studiengruppen hatte eine*n Angehörige*n bei ihrem ersten Coaching-Gespräch dabei (Abbildung 134).

Dauer des Erstgesprächs	IG	VGII	**Gesamt**
<20 Minuten	13 (6 %)	61 (29 %)	74 (17 %)
20-40 Minuten	93 (42 %)	91 (44 %)	184 (43 %)
41-60 Minuten	96 (43 %)	45 (22 %)	141 (33 %)
>60 Minuten	19 (9 %)	11 (5 %)	30 (7 %)
NA	0	0	0
Art des Erstgesprächs			
In der Praxis	213 (96 %)	189 (91 %)	402 (94 %)
Telefonisch	8 (4 %)	18 (9 %)	26 (6 %)
NA	0	1 (0,5 %)	1 (0,2 %)
Anwesenheit eines*einer Angehörigen während des Coaching-Erstgesprächs			
Ja	47 (21 %)	40 (19 %)	87 (20 %)
Nein	174 (79 %)	167 (80 %)	341 (79 %)
NA	0	1 (0,5 %)	1 (0,2 %)

Abbildung 134: eCRF C-RCT – Coaching-Gespräche (OC) II

Dauer und Durchführungsart der Coaching-Gespräche

Der Großteil der **OC-Gespräche**, sowohl in der IG (ca. 57 %) als auch in der VG II (ca. 66 %), **dauerte** weniger als 20 Minuten. Der geringste Anteil an OC-Gesprächen dauerte länger als 60 Minuten (ca. 1 % in der IG und ca. 0,8 % in der VG II). In der VG II **fanden** die **Gespräche** häufiger in der Praxis **statt** (mit ca. 82 %) als in der IG (ca. 66 %). Ca. 34 % der OC-Gespräche in der IG fanden telefonisch statt, wohingegen es in der VG II ca. 18 % waren. In einem Fünftel der Coaching-Gespräche in der IG waren Angehörige anwesend, wohingegen es in der VG II lediglich 12 % waren (Abbildung 135).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gesprächsdauer	IG	VGII	Gesamt
<20 Minuten	1429 (57 %)	943 (66 %)	2372 (60 %)
20-40 Minuten	900 (36 %)	403 (28 %)	1303 (33 %)
41-60 Minuten	160 (6 %)	64 (4 %)	224 (6 %)
>60 Minuten	27 (1 %)	12 (0,8 %)	39 (1 %)
NA	1 (0,03 %)	2 (0,01 %)	3 (0,08 %)
Art des Gesprächs			
In der Praxis	1658 (66 %)	1165 (82 %)	2823 (72 %)
Telefonisch	857 (34 %)	256 (18 %)	1113 (28 %)
NA	2 (0,07 %)	3 (0,2 %)	5 (0,1 %)
Anwesenheit eines*einer Angehörigen während des Coaching-Gesprächs			
Ja	495 (20 %)	168 (12 %)	663 (17 %)
Nein	2010 (80 %)	1248 (88 %)	3258 (83 %)
NA	12 (0,5 %)	8 (0,6 %)	20 (0,5 %)

Abbildung 135: eCRF C-RCT – Coaching-Gespräche (OC) III

Austausch mit weiteren an der Versorgung beteiligten Parteien (insb. Onkolog*in und KoPP (OC)

In der IG erfolgte mit 18 % etwas häufiger vor dem Coaching-Gespräch eine **Abstimmung der Gesprächsinhalte mit dem*der Onkolog*in** als in der VG II (13 %). Allerdings war in der IG auch deutlich häufiger (15 %) eine Abstimmung laut Dokumentation nicht möglich, als es in der VG II der Fall war (1 %). Die Dauer der Abstimmung vor dem Gespräch unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen minimal. Am häufigsten dauerte der Austausch weniger als 5 Minuten.

Häufiger als im Vorhinein tauschten sich der OncoCoach und der*die behandelnde Onkolog*in nach dem Coaching-Gespräch aus. Hierbei wurde sich in der VG II mit 35 % häufiger ausgetauscht als in der IG mit 21 % und der Anteil, bei dem eine Abstimmung oder Weiterleitung von Informationen an den*die Onkolog*in nicht erforderlich war, lag in der IG mit 74 % um 10 % höher als in der VG II. Die Dauer des Austauschs war in der Regel ebenfalls unter 5 Minuten.

Im Anschluss an das Coaching-Gespräch erfolgte größtenteils (über 90 %) keine Weiterleitung von Informationen an die Hausarztpraxis.

In beiden Studiengruppen erfolgte in ca. 7 % der dokumentierten Fälle im Anschluss an das Coaching-Gespräch eine Weiterleitung von Informationen an die KoPP (Abbildung 136).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Erfolgte VOR dem Coaching-Gespräch eine Abstimmung der Gesprächsinhalte mit der bzw. dem Onkolog*in?	IG	VGII	Gesamt
Ja	444 (18 %)	183 (13 %)	627 (16 %)
Nein, nicht erforderlich	1680 (67 %)	1217 (85 %)	2897 (74 %)
Nein, nicht möglich	389 (15 %)	13 (1 %)	402 (10 %)
NA	4 (0,2 %)	11 (1 %)	15 (0,4 %)
Dauer der Abstimmung mit Onkolog*in VOR dem Coaching-Gespräch			
Bis 5 Minuten	306 (12 %)	128 (9 %)	434 (11 %)
Bis 10 Minuten	161 (6 %)	61 (4 %)	222 (6 %)
Bis 15 Minuten	7 (0,3 %)	12 (1 %)	19 (0,5 %)
Mehr als 15 Minuten	1 (0,04 %)	2 (0,1 %)	3 (0,08 %)
NA	2042 (81 %)	1221 (86 %)	3263 (83 %)
Erfolgte IM ANSCHLUSS des Coaching-Gesprächs eine Abstimmung oder Weiterleitung von Informationen an die bzw. den Onkolog*in?			
Ja	538 (21 %)	497 (35 %)	1035 (26 %)
Nein, nicht erforderlich	1869 (74 %)	907 (64 %)	2776 (70 %)
Nein, nicht möglich	109 (4 %)	9 (0,6 %)	118 (3 %)
NA	1 (0,04 %)	11 (0,7 %)	12 (0,3 %)
Dauer der Abstimmung mit Onkolog*in NACH dem Coaching-Gespräch			
Bis 5 Minuten	347 (14 %)	414 (29 %)	761 (19 %)
Bis 10 Minuten	181 (7 %)	81 (6 %)	262 (7 %)
Bis 15 Minuten	10 (0,4 %)	9 (0,6 %)	19 (0,5 %)
Mehr als 15 Minuten	4 (0,2 %)	3 (0,2 %)	7 (0,2 %)
NA	1975 (78 %)	917 (64 %)	2892 (73 %)
Erfolgte im Anschluss des Coaching-Gesprächs eine Weiterleitung von Informationen an die Hausarztpraxis?			
Ja	54 (2 %)	72 (5 %)	126 (3 %)
Nein, nicht erforderlich	2447 (97 %)	1333 (94 %)	3780 (96 %)
Nein, nicht möglich	15 (0,6 %)	6 (0,4 %)	21 (0,5 %)
NA	1 (0,04 %)	13 (1 %)	14 (0,4 %)
Erfolgte im Anschluss des Coaching-Gesprächs eine Weiterleitung von Informationen an die KoPP?			
Ja	179 (7 %)	104 (7 %)	283 (7 %)
Nein, nicht erforderlich	2328 (92 %)	1291 (91 %)	3619 (92 %)
Nein, nicht möglich	9 (0,4 %)	15 (1 %)	24 (0,6 %)
NA	1 (0,04 %)	14 (1 %)	15 (0,4 %)

Abbildung 136: eCRF C-RCT – Interprofessionelle Interaktion (OC)

Konsil mit KoPP (OC)

Auf Ebene der **Konsile zwischen OncoCoach und KoPP** wurden OncoCoach-seitig 599 Eintragungen im eCRF vorgenommen (326 (54 %) in der IG und 273 (46 %) in der VG II). Hinter dieser Gesamtzahl stehen 309 Patient*innen, was eine Diskrepanz von 139 Patient*innen zu den 448 eingeschlossenen Patient*innen in der C-RCT entspricht. Es wurden Konsile zu 78 IG-Patient*innen (Diskrepanz von 156 zur Gesamtzahl eingeschlossener Patient*innen der IG) und 61 VG II-Patient*innen (Diskrepanz von 153 in der VG II) dokumentiert.

Der Großteil der Konsile von OncoCoach und KoPP dauerte in beiden Studiengruppen unter 5 Minuten und ca. ein Viertel dauerte 5 bis 10 Minuten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Informationen zwischen den Parteien wurden in der Regel schriftlich ausgetauscht, wobei ein schriftlicher Austausch in der IG häufiger stattfand (81 %) als in der VG II (67 %). Dahingegen war der Anteil des telefonischen Informationsaustausches in der VG II ca. 10 % höher als in der IG.

In ca. der Hälfte der dokumentierten Fälle der IG erhielt der OC keine Informationen oder Empfehlungen von der KoPP bezüglich des*der Patient*in. In der VG II waren es 29 %. In der VG II erhielten OncoCoaches deutlich häufiger (63 %) lediglich Informationen, wohingegen in der IG doppelt so oft (10 %) sowohl Informationen als auch Empfehlungen hinsichtlich des*der Patient*in erhalten wurden (Abbildung 137).

	IG	VGII	Gesamt	NA
Anzahl dokumentierter Konsile von OC mit KoPP im eCRF	326 (54 %)	273 (46 %)	599 (100 %)	/
Anzahl Patient*innen	78 (33 %)	61 (29 %)	139 (31 %)	309 (69 %)
Dauer des Konsils von OC mit KoPP				
<5 Minuten	238 (73 %)	174 (64 %)	412 (69 %)	
5-10 Minuten	73 (22 %)	83 (30 %)	156 (26 %)	
11-15 Minuten	12 (4 %)	13 (5 %)	25 (4 %)	
>15 Minuten	3 (1 %)	3 (1 %)	6 (1 %)	
Art der Informationsweiterleitung von OC an KoPP				
Persönlich	10 (3 %)	22 (8 %)	32 (5 %)	
Schriftlich	263 (81 %)	183 (67 %)	446 (74 %)	
Telefonisch	46 (14 %)	66 (24 %)	112 (19 %)	
Kombination	1+1+5 (2 %)	2 (1 %)	9 (2 %)	
Haben Sie Informationen oder Empfehlungen von der KoPP in Bezug zur Patientin bzw. zum Patienten erhalten?				
Empfehlungen	5 (2 %)	4 (1 %)	9 (2 %)	
Informationen	127 (39 %)	173 (63 %)	300 (50 %)	
Informationen, Empfehlungen	33 (10 %)	14 (5 %)	47 (8 %)	
Nein	161 (49 %)	79 (29 %)	240 (40 %)	
NA	0	3 (1 %)	3 (0,5 %)	

Abbildung 137: eCRF C-RCT – Konsil mit KoPP (OC)

Sprechstunden/Arztkontakte (OC)

Im eCRF wurden 4923 **Sprechstunden/Arztkontakte von OncoCoaches** dokumentiert, wovon 52 % auf die IG und 48 % auf die VG II entfallen. 440 Patient*innen stehen hinter der Gesamtanzahl an Dokumentationen, was einer Diskrepanz von 8 Patient*innen zur Anzahl eingeschlossener Patient*innen der C-RCT entspricht. 227 der 440 waren IG-Patient*innen (Diskrepanz von 7 Patient*innen in der IG) und 213 VG II-Patient*innen (Diskrepanz von 1 Patient*in in der VG II).

Der häufigste Inhalt der Sprechstunden- bzw. Arztkontakte war die medikamentöse Therapie und/oder die Verlaufskontrolle des*der Patient*in mit 87 % in der IG und 81 % in der VG II. Zweithäufigstes Thema, mit großem Abstand, waren Notfallbehandlungen mit 6 % in der IG und 5 % in der VG II. Sonstige Themen waren in der VG II mit 11 % ca. doppelt so häufig wie in der IG (Abbildung 138).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	IG	VGII	Gesamt	NA
Anzahl dokumentierter Sprechstunden/Arztkontakte (OC) im eCRF	2543 (52 %)	2380 (48 %)	4923 (100 %)	
Anzahl Patient*innen	227 (97 %)	213 (99 %)	440 (98 %)	8 (2 %)
Inhalt des Sprechstunden-/Arztkontaktes				
Medikamentöse Therapie/Verlaufskontrolle	2223 (87 %)	1932 (81 %)	4155 (84 %)	
Notfallbehandlung	140 (6 %)	110 (5 %)	250 (5 %)	
Notfallbehandlung,Sonstiges	0	7 (0,3 %)	7 (0,1 %)	
Medikamentöse Therapie/Verlaufskontrolle,Notfallbehandlung	43 (2 %)	6 (0,3 %)	49 (1 %)	
Medikamentöse Therapie/Verlaufskontrolle,Sonstiges	13 (0,5 %)	63 (3 %)	76 (2 %)	
Sonstiges	122 (5 %)	262 (11 %)	384 (8 %)	
NA	2 (0,08 %)	0	2 (0,04 %)	

Abbildung 138: eCRF C-RCT – Sprechstunden/Arztkontakte (OC)

Krankenhausaufenthalte

Auf Ebene der **Krankenhausaufenthalte** wurden 913 Eintragungen von OncoCoaches vorgenommen, wobei 599 (66 %) auf die IG entfallen und 314 (34 %) auf die VG II. Hinter den 913 Dokumentationen stehen 315 (70 %) von den 448 im Rahmen der C-RCT rekrutierten Patient*innen. Diese 315 teilen sich in 166 IG-Patient*innen (dies entspricht 71 % der 234 eingeschlossenen IG-Patient*innen) und 149 VG II-Patient*innen (dies entspricht 70 % der 214 eingeschlossenen VG II-Patient*innen).

Die Verteilung geplanter und ungeplanter Krankenhausaufenthalte unterschied sich deutlich zwischen den beiden Studiengruppen: In der IG waren 62 % der Aufenthalte geplant und 38 % ungeplant (Notfälle), während in der VG II 38 % geplant und 61 % ungeplant waren (Abbildung 139).

	IG	VGII	Gesamt	NA
Anzahl dokumentierter Krankenhausaufenthalte (OC) im eCRF	599 (66 %)	314 (34 %)	913 (100 %)	
Anzahl Patient*innen	166 (71 %)	149 (70 %)	315 (70 %)	133 (30 %)
Art des Krankenhausaufenthaltes				
Geplant	374 (62 %)	120 (38 %)	494 (54 %)	
Ungeplant (wegen Notfall)	225 (38 %)	193 (61 %)	418 (46 %)	
NA	0	1 (0,3 %)	1 (0,1 %)	

Abbildung 139: eCRF C-RCT – Krankenhausaufenthalte (OC)

Aggregierte Patientenstatistik

Auf Ebene der aggregierten **Patientenstatistik** befanden sich alle 448 in der C-RCT rekrutierten Patient*innen, wovon 234 der IG angehörten und 214 der VG II. In der IG wurden 12 % der Patient*innen durch eine KoPP kontaktiert, in der VG II waren es 5 %. Ca. ein Fünftel der Patient*innen in der IG und VG II waren grundsätzlich an einer KoPP interessiert, wobei es in der VG II knapp ein Viertel waren. In der IG hingegen lehnten ca. ein Viertel das KoPP-Angebot ab, in der VG II waren es 14 %. Das KoPP-Angebot wurde in der VG II bei einem Drittel der Patient*innen nicht thematisiert, wohingegen es in der IG bei knapp einem Fünftel der Fall war. Darüber hinaus existieren Patient*innen, bei denen verschiedene Entscheidungen hinsichtlich des KoPP-Angebots getroffen wurden. Beispielsweise äußerten ca. ein Viertel der Patient*innen in der IG und der VG II Interesse an dem KoPP-Angebot und es kam auch zur Kontaktaufnahme durch die KoPP.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bei erfolgter Kontaktaufnahme durch KoPP hatten Patient*innen der VG II im Mittel etwas mehr KoPP-Gespräche (6) als Patient*innen der IG (4). Ein ähnliches Bild ergibt sich für die mittlere Anzahl an geführten KoPP-Gesprächen bei Patient*innen, welche Interesse an dem KoPP-Angebot hatten und bei denen im Verlauf dann auch eine Kontaktaufnahme durch die KoPP erfolgte (Abbildung 140).

	IG	VGII	Gesamt	NA
Anzahl Patient*innen	234 (100 %)	214 (100 %)	448 (100 %)	0
Anzahl Pat mit KoPP Erstgespraech	56	53		
Anzahl Pat mit KoPP Folgegespraechen	36	41		
KoPP Angebot				
Kontaktaufnahme durch KoPP	27 (12 %)	11 (5 %)	38 (8 %)	
interessiert	42 (18 %)	49 (23 %)	91 (20 %)	
abgelehnt	57 (24 %)	30 (14 %)	87 (19 %)	
nicht thematisiert	45 (19 %)	71 (33 %)	116 (26 %)	
interessiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	48 (21 %)	47 (22 %)	95 (21 %)	
abgelehnt,Kontaktaufnahme durch KoPP	2 (1 %)	0	2 (0,4 %)	
abgelehnt,interessiert	6 (3 %)	1 (0,5 %)	7 (2 %)	
nicht thematisiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	1 (0,4 %)	1 (0,5 %)	2 (0,4 %)	
nicht thematisiert,abgelehnt	2 (1 %)	2 (1 %)	4 (1 %)	
nicht thematisiert,interessiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	2 (1 %)	1 (0,5 %)	3 (1 %)	
abgelehnt,interessiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	1 (0,4 %)	0	1 (0,2 %)	
NA	1 (0,4 %)	1 (0,5 %)	2 (0,4 %)	
Durchschnittliche Anzahl an KoPP Gesprächen differenziert nach KoPP Angebot (Standardabweichung)				
Kontaktaufnahme durch KoPP	4 (5,3)	6 (4,7)		
interessiert	0	0		
abgelehnt	0	0		
nicht thematisiert	0	0		
interessiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	4 (4,7)	5 (4,2)		
abgelehnt,Kontaktaufnahme durch KoPP	3 (2,8)	/		
abgelehnt,interessiert	0	0		
nicht thematisiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	1	1		
nicht thematisiert,abgelehnt	0	0		
nicht thematisiert,interessiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	0,5 (0,7)	2		
abgelehnt,interessiert,Kontaktaufnahme durch KoPP	13	/		
NA	0	0		

Abbildung 140: eCRF C-RCT – Aggregierte Patientenstatistik

KAM-Datenbank

Insgesamt liegen 222 Zugriffe auf die KAM-Datenbank für die IG vor, wobei davon 3 Zugriffe des WINHO (Evaluator) und 9 Zugriffe des AKS (Konsortialführung) waren. Der Großteil der Zugriffe erfolgte durch Patient*innen (n = 84), gefolgt von OncoCoaches (n = 78) und Ärzt*innen (n = 34). KoPPs griffen als Personengruppe am wenigsten auf die KAM-Datenbank zu (n = 14). Damit lässt sich die Inanspruchnahme der KAM-Datenbank zunächst als gering im Rahmen des OnCoPaTh-Projekts einstufen.

Die 84 Zugriffe der Patient*innen entfielen auf 12 Personen aus 6 verschiedenen Einrichtungen (4 Kliniken und 2 niedergelassene Einrichtungen), wobei ein*e Patient*in maximal 21 Zugriffe hatte und minimal 1 Zugriff. Die 78 Zugriffe von OncoCoaches teilen sich ebenfalls auf 12 Personen auf, wobei der Großteil auf OncoCoaches aus Kliniken entfiel. Es griffen 6 verschiedene KoPPs auf die KAM-Datenbank zu, mit ebenfalls dem größten Anteil aus Kliniken. Der erste Zugriff erfolgte am 30.03.2022 und der letzte Zugriff am 12.03.2024. Am häufigsten wurde im Studienjahr 2022 auf die KAM-Datenbank zugegriffen (167/210). Der Bereich „Wörterbuch“ (n = 39) und „FAQ“ (n = 20) wurde insgesamt am häufigsten aufgerufen, gefolgt von „Mistel“ (n = 19) und „Curcumin“ (n = 16). Das Thema „Vitamin E“ wurde nur einmal aufgerufen. Die Gruppe der OncoCoaches (n = 17) sowie der Patient*innen (n = 15) riefen am häufigsten das „Wörterbuch“ auf. „Curcumin“ wurde als zweithäufigstes Thema von OncoCoaches angefragt (n = 10), gefolgt von „Mistel“ (n = 6), „Artemisia“ und „Selen“ (n = 5).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient*innen riefen am zweithäufigsten den FAQ-Bereich (n = 11) auf und sie informierten sich am häufigsten über „ketogene kohlenhydratarme Krebsdiät“ (n = 7), gefolgt von „Vitamin D“ (n = 6). KoPPs interessierten sich der Anzahl der Aufrufe nach am meisten für „Mistel“ (n = 3) und „Gingko“ (n = 2). Ärzt*innen griffen am häufigsten auf „Mistel“ (n = 8) gefolgt von „Boswellia-Weihrauch“ und „Ginseng“ (n = 6) zu.

Coaching-Gespräche (KoPP)

Es wurde eine Gesamtzahl von 601 KoPP-Gesprächen im eCRF der C-RCT dokumentiert. Davon entfielen 304 Gespräche (51 %) auf die IG und 297 Gespräche (49 %) auf die VG II. Mit insgesamt 109 Patient*innen wurde mindestens ein Gespräch dokumentiert. Die Anzahl der Patient*innen mit dokumentiertem Erstgespräch war in IG (n = 56) und VG II (n = 53) annähernd gleich verteilt. Bei 32 Patient*innen (29 %) blieb es ausschließlich beim Erstgespräch. In der IG betraf dies 36 % der Patient*innen, in der VG II 23 %. Die maximale Anzahl an dokumentierten Gesprächen pro Patient*in lag in der IG bei 20 und in der VG II bei 14. Die mittlere Anzahl an Gesprächen pro Patient*in betrug in der IG 5,43 (SD = 5,05) und in der VG II 5,60 (SD = 4,12). Insgesamt ergibt sich ein Mittelwert von 5,51 Gesprächen (SD = 4,60) pro Patient*in (Abbildung 141).

	IG	VGII	Gesamt	NA
Anzahl dokumentierter palliativer Pflegegespräche im eCRF	304 (51%)	297 (49%)	601 (100%)	0
Anzahl Patient*innen mit Erstgespräch	56 (51%)	53 (49%)	109 (100%)	0
Anzahl Patient*innen NUR mit Erstgespräch	20 (36%)	12 (23%)	32 (29%)	0
Maximale Anzahl an geführten KoPP-Gesprächen pro Patient*in	20	14	/	
Mittlere Anzahl an geführten KoPP-Gesprächen pro Patient*in (Standardabweichung)	5,43 (5,05)	5,60 (4,12)	5,51 (4,60)	

Abbildung 141: Dokumentation palliativpflegerischer Gespräche im eCRF (KoPP)

Erstgespräche

Die Dauer der dokumentierten Erstgespräche variierte. In der IG dauerten 43 % der Erstgespräche weniger als 20 Minuten, in der VG II waren es 40 %. Gespräche mit einer Dauer von mehr als 60 Minuten wurden in 36 % der Fälle in der IG und in 25 % der Fälle in der VG II dokumentiert. Die restlichen Gespräche verteilten sich auf 20–40 Minuten (IG: 11 %, VG II: 21 %) und 41–60 Minuten (IG: 9 %, VG II: 15 %). Insgesamt dauerten 30 % der Erstgespräche mehr als 60 Minuten und 41 % weniger als 20 Minuten. Die Mehrheit der Erstgespräche fand telefonisch statt. In der IG wurden 52 % der Gespräche telefonisch geführt, in der VG II lag der Anteil bei 58 %. Demgegenüber wurden 46 % der Gespräche in der IG und 42 % in der VG II persönlich in der Praxis durchgeführt. Insgesamt waren 55 % der dokumentierten Erstgespräche telefonische Kontakte. In 62 % der dokumentierten Erstgespräche war keine weitere Person anwesend. Wenn weitere Personen anwesend waren, handelte es sich überwiegend um Angehörige (IG: 38 %, VG II: 32 %). Weitere beteiligte Personen wie Pflegedienste oder sonstige Beteiligte wurden nur vereinzelt angegeben (Abbildung 142).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	IG	VGII	Gesamt
Dauer des Erstgesprächs			
<20 Minuten	24 (43%)	21 (40%)	45 (41%)
20-40 Minuten	6 (11%)	11 (21%)	17 (16%)
41-60 Minuten	5 (9%)	8 (15%)	13 (12%)
>60 Minuten	20 (36%)	13 (25%)	33 (30%)
NA	1 (2%)	0	1 (1%)
Art des Erstgesprächs			
In der Praxis	26 (46%)	22 (42%)	48 (44%)
Telefonisch	29 (52%)	31 (58%)	60 (55%)
NA	1 (2%)	0	1 (1%)
Anwesenheit einer weiteren Person während des Erstgesprächs			
Angehörige	21 (38%)	17 (32%)	38 (35%)
Pflegedienst	1 (2%)	0	1 (1%)
Sonstige	2 (4%)	2 (4%)	4 (4%)
Keine	34 (61%)	34 (64%)	68 (62%)
NA	0	0	0

Abbildung 142: Merkmale der dokumentierten Erstgespräche im eCRF (KoPP)

Gesprächsdauer und Art des Gesprächs

Für insgesamt 601 dokumentierte palliativpflegerische Gespräche (Pflegekonsile) liegen Angaben zur Dauer, Art sowie zur Anwesenheit weiterer Personen vor. Der Großteil der Gespräche war vergleichsweise kurz: In der IG dauerten 59 % der Gespräche weniger als 20 Minuten, in der VG II 62 %. Gespräche mit einer Dauer von mehr als 60 Minuten wurden in 20 % der Fälle in der IG und in 10 % der Fälle in der VG II dokumentiert. Die verbleibenden Gespräche verteilten sich auf die Kategorien 20–40 Minuten (IG: 15 %, VG II: 20 %) und 41–60 Minuten (IG: 5 %, VG II: 6 %). Hinsichtlich der Gesprächsart zeigte sich, dass 69 % der Gespräche in beiden Gruppen telefonisch durchgeführt wurden, während lediglich 29 % der Gespräche in der Praxis stattfanden. In 69 % der Gespräche war keine weitere Person anwesend. Wenn eine Begleitperson dokumentiert wurde, handelte es sich überwiegend um Angehörige (IG: 30 %, VG II: 25 %). Andere anwesende Personen wie Pflegedienstmitarbeitende oder sonstige Beteiligte wurden nur vereinzelt genannt (Abbildung 143).

	IG	VGII	Gesamt
Dauer des palliativen Pflegekonsils			
<20 Minuten	179 (59%)	183 (62%)	362 (60%)
20-40 Minuten	47 (15%)	60 (20%)	107 (18%)
41-60 Minuten	15 (5%)	19 (6%)	34 (6%)
>60 Minuten	62 (20%)	31 (10%)	93 (15%)
NA	1 (0,3%)	4 (1%)	5 (1%)
Art des palliativen Pflegekonsils			
In der Praxis	89 (29%)	84 (28%)	173 (29%)
Telefonisch	211 (69%)	209 (70%)	420 (70%)
NA	4 (1%)	4 (1%)	8 (1%)
Anwesenheit einer weiteren Person während des palliativen Pflegekonsils			
Angehörige	90 (30%)	73 (25%)	163 (27%)
Pflegedienst	1 (0,3%)	1 (0,3%)	2 (0,3%)
Sonstige	4 (1%)	14 (5%)	18 (3%)
Keine	210 (69%)	206 (69%)	416 (69%)
NA	2 (1%)	5 (2%)	7 (1%)

Abbildung 143: Merkmale aller dokumentierten palliativpflegerischen Gespräche (Pflegekonsile) im eCRF (KoPP)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Konsil mit OC (KoPP)

Insgesamt wurden 493 Konsile zwischen KoPP und OC im eCRF dokumentiert, wobei 48 % der Konsile der IG und 52 % der VG II zugeordnet waren. Die Dauer der Konsile lag überwiegend unter 10 Minuten: 43 % der Gespräche in der IG und 41 % in der VG II dauerten 5–10 Minuten, weitere 43 % (IG) bzw. 53 % (VG II) waren kürzer als 5 Minuten. Längere Konsile mit einer Dauer von mehr als 10 Minuten wurden seltener dokumentiert (insgesamt 9 %). Die Konsile fanden in der überwiegenden Mehrheit schriftlich statt (IG: 77 %, VG II: 59 %). Telefonische Kontakte wurden in 13 % der Fälle in der IG und in 27 % der Fälle in der VG II angegeben. Mischformen (schriftlich/telefonisch oder telefonisch/persönlich) wurden vereinzelt dokumentiert. In 37 % der Konsile in der IG wurde der Erhalt von Informationen vom OC angegeben, während dies in der VG II bei 63 % der Konsile der Fall war. Die Weiterleitung von Informationen an den OC erfolgte ausschließlich in der IG (37 %); in der VG II wurde dieser Punkt in keinem Fall dokumentiert (Abbildung 144).

	IG	VGII	Gesamt	NA
Anzahl dokumentierter Konsile zwischen KoPP und OC im eCRF	235 (48%)	258 (52%)	493 (100%)	0
Dauer des Konsils KoPP - OC				
<5 Minuten	100 (43%)	137 (53%)	237 (48%)	
5-10 Minuten	103 (44%)	107 (41%)	210 (43%)	
11-15 Minuten	23 (10%)	10 (4%)	33 (7%)	
>15 Minuten	8 (3%)	3 (1%)	11 (2%)	
NA	1 (0,4%)	1 (0,4%)	2 (0,4%)	
Art des Konsils KoPP - OC				
Schriftlich	180 (77%)	153 (59%)	233 (47%)	
Persönlich	8 (3%)	22 (9%)	30 (6%)	
Telefonisch	31 (13%)	70 (27%)	101 (20%)	
Schriftlich, telefonisch	10 (4%)	8 (3%)	18 (4%)	
Schriftlich, persönlich	0 (0%)	5 (2%)	5 (1%)	
Telefonisch, persönlich	1 (0,4%)	0 (0%)	1 (0,2%)	
NA	5 (2%)	0 (0%)	5 (1%)	
Erhalt von Informationen vom OC				
Ja	86 (37%)	162 (63%)	248 (50%)	
Nein	141 (60%)	94 (36%)	235 (48%)	
NA	8 (3%)	2 (1%)	10 (2%)	
Weiterleitung von Informationen an OC				
Ja	86 (37%)	0 (0%)	86 (17%)	
Nein	140 (59%)	0 (0%)	140 (28%)	
NA	9 (4%)	258 (100%)	267 (54%)	

Abbildung 144: Dokumentierte Konsile zwischen KoPP und OC im eCRF (KoPP)

Krankenhausaufenthalte (KoPP)

Insgesamt wurden 70 Krankenhausaufenthalte dokumentiert. Davon waren 31 % geplant, während der überwiegende Teil (69 %) ungeplant, d. h. notfallbedingt erfolgte. In der IG wurden 28 % der Aufenthalte als geplant angegeben, in der VG II lag der Anteil bei 34 %. Entsprechend wurden 72 % (IG) bzw. 66 % (VG II) der Aufenthalte als ungeplant dokumentiert. Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer verbrachten 70 % der Patient*innen zwischen 1 und 14 Nächten im Krankenhaus (IG: 70 %, VG II: 71 %). Aufenthalte mit einer Dauer zwischen 15 und 28 Nächten waren seltener (IG: 10 %, VG II: 17 %), und nur wenige Fälle wiesen eine Liegedauer von 29 bis 70 Nächten auf (IG: 7 %, VG II: 5 %). In 10 % der Fälle lagen keine Angaben zur Aufenthaltsdauer vor (Abbildung 145).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	IG	VGII	Gesamt	NA
Art des Krankenhausaufenthals	29 (41%)	41 (59%)	70 (100%)	0
Geplant	8 (28%)	14 (34%)	22 (31%)	
Ungeplant (wegen Notfall)	21 (72%)	27 (66%)	48 (69%)	
Dauer des Krankenhausaufenthalts in Nächten				
1-14	20 (70%)	29 (71%)	49 (70%)	
15-28	3 (10%%)	7 (17%)	10 (14%)	
29-70	2 (7%)	2 (5%)	4 (6%)	
NA	4 (13%)	3 (7%)	7 (10%)	

Abbildung 145: Art und Dauer dokumentierter Krankenhausaufenthalte im eCRF (KoPP)

3.2.4.2 Schriftliche Befragungen – Ärzt*innen

Abschnitt B der schriftlichen Befragung der Ärzt*innen thematisierte die **Zusammenarbeit, Kommunikation und interprofessionelle Interaktion im beruflichen Umfeld des ärztlichen Personals**. Der **erste Teil des Abschnitts** (Items 1.01 bis 1.07) beschäftigte sich mit der Frage, **in welchen Fällen die Ärzt*innen Pflegefachpersonen der palliativen Versorgung für die Versorgung der Patient*innen hinzuziehen**, wobei Mehrfachantwort möglich war. Zum Zeitpunkt T2 kreuzten zwei Ärzt*innen (7 %), jeweils ein*e der IG und ein*e der VG II, „Wenn Patient*innen oder deren Angehörige den Wunsch nach palliativer Unterstützung geäußert haben." nicht an. Zu T4 war es ein*e Arzt*Ärztin der VG II. Drei (zwei IG, ein VG II) der 27 Ärzt*innen (11 %) kreuzten das zweite Item „Wenn sich der Gesundheitszustand der Patient*innen sehr stark oder schnell verschlechtert hat." zu T2 nicht an und zwei Ärzt*innen (der IG) zu T4 nicht. In insgesamt 17 Fragebögen (63 %, 7 IG, 9 VG II, 1 NA) zu T2 und in 13 Fragebögen (57 %, 6 IG und VG II und 1 NA) zu T4 wurde angegeben, dass Fachkräfte der palliativen Versorgung hinzugezogen werden, wenn alle kurativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind. 18 Ärzt*innen (67 %, 6 IG, 11 VG II, 1 NA) zu T2 und 14 (61 %, 6 IG, 7 VG II, 1 NA) zu T4 boten laut eigener Aussage allen Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung die Möglichkeit einer Unterstützung durch palliative Pflegefachpersonen an. 15 (56 %) zu T2 und 15 (65 %) zu T4 boten allen Patient*innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung palliative Unterstützung im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit an. Zwei Ärzt*innen (7 %, der IG) zu T2 sowie ein*e IG-Arzt*Ärztin zu T4 gaben bzw. gab an, dass die Patient*innen den Zugang zur palliativen Versorgung meist über andere Kolleg*innen (z.B. den bzw. die Hausärzt*in) fanden. Im Rahmen der letzten Antwortoption „Sonstiges:" mit einem Freitextfeld wurden die folgenden drei Aussagen zu T2 getätigt: „Ich halte die "early integration" fuer ein sinnvolles Konzept", „abhaengig von der Behandlungssituation SAPV" und „Empfehlung amb. Palliativversorgung, Einschreibung vereinbarungsgemaess durch Arzt". Zum Zeitpunkt T4 antworteten zwei Ärzt*innen: „wir kooperieren auch mit regionalen SAPV-Teams" und „frühzeitige Beratung durch das SAPV Team für alle Pat. in nicht kurativer Situation". In einem Fragebogen der IG zu T2 wurden im ersten Teil des Abschnitts B (Items 1.01 bis 1.07) keine Angaben (NA) gemacht. Im **zweiten Teil des Abschnitts B** (Items 2.01 bis 2.06) wurde die **Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit der Ärzt*innen** mittels einer 5-stufigen Antwortskala (Sehr unzufrieden = 1, Sehr zufrieden = 4 und Nicht zutreffend = 5 (Umcodierung zu NA für die Analyse)) abgefragt. Auch hier wurde der eine Fragebogen der IG zu T2 nicht ausgefüllt, was den Anteil fehlender Werte von ca. 9 % erklärt. Die restlichen Anteile fehlender Werte sind durch vereinzeltes Nicht-Ankreuzen der Items zu erklären. Zu T2 (Tabelle 83) ergab sich in der VG II (3,57 und 20,64) ein etwas höherer Wert im Mittel als in der IG (3,62 und 19,73). Der Mittelwert bei den zwei Fragebögen, welche keiner Studiengruppe zugeordnet wurden, war mit 3,30 bzw. 16,50 niedriger. Die Konfidenzintervalle

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

der Mittelwerte der drei Gruppen (IG, VG II, NA) überschnitten sich. Zu T4 (Tabelle 84) ergaben sich im Mittel minimal niedrigere Mittelwerte, wobei der Wert der IG mit 3,45 bzw. 20,73 etwas größer als in der VG II (3,41 bzw. 19,82) war. Das Cronbachs Alpha für die Items 2.01 bis 2.06 zu T2 belief sich auf 0,45 und zu T4 auf 0,54.

Tabelle 83: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt B 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	10	3.62	0.34	3.67	21.70	9.09	2–4	3.41–3.83
VG II	14	3.57	0.24	3.63	20.64	3.57	1–4	3.44–3.7
NA	2	3.30	0.14	3.30	16.50	16.67	2–4	3.11–3.49

Anzahl Items: 6

Cronbachs Alpha: 0.45

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 84: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt B 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.45	0.28	3.33	20.73	0.00	3–4	3.28–3.62
VG II	11	3.41	0.24	3.33	19.82	3.03	2–4	3.27–3.55
NA	1	3.83		3.83	23.00	0.00	3–4	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.54

8 (3 IG, 4 VG II, 1 NA) der 27 Ärzt*innen (ca. 30 %) gaben zu T2 an, dass sie einen **Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen der palliativen Versorgung** sehen (**Item 3**). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T4) waren es 11 (48 %, 6 IG, 4 VG II, 1 NA) Ärzt*innen. Auf die Frage nach **Verbesserungsmöglichkeiten** die Ärzt*innen sehen (**Item 4**), antworteten 8 Ärzt*innen zu T2 und 10 Ärzt*innen zu T4. Als ein zentraler Punkt wurde hierbei die Kommunikation thematisiert, beispielsweise: „Strukturierte Kommunikationswege aufbauen“, „bessere Absprachen, mehr Info ueber den klin Verlauf und vor allem die Info, wenn Pat. verstorben sind. Diese Info bekommen wir so gut wie nie!“, „mehr Austausch ueber aktuelle Patienten (Zeitproblem)“, „engere Kommunikation mit in der Pflege in und ausserhalb SAPV“, „Kommunikation stat <-> ambulant“. Ein weiterer Punkt betrifft die Koordination der Versorgung: „SHPV-Anbindung mit Hausbesuch sehr fruehzeitig“, „schnellere Ueberleitung in ein Hospiz“ und „bessere Koordination Studie/Coach“. Die Integration sowie Umsetzung der palliativen Versorgung der Patient*innen wurde ebenfalls

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

als Aspekt angeführt: „Aktuell lange Wartezeiten auf stationären Hospizplatz“, „frühe palliative Integration und Kommunikation“, „Koordination AAPV & SAPV“. Zudem wird der Personalmangel bzw. der Wunsch nach mehr personellen Ressourcen von den Ärzt*innen zum Ausdruck gebracht: „Sozialdienst für ambulante Pat. im KV Bereich nicht ausreichend“ und „zu wenige Personen“. Der **darauffolgende Teil (Items 5.01 bis 5.05)** beschäftigte sich mit dem **Grad der Interaktion zwischen der onkologischen Einrichtung mit einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung (z.B. SAPV-Team, Hospiz) vor Beginn der OnCoPaTh-Studie**, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Zwei Ärzt*innen in der IG (ca. 7 %) zu T2 und drei Ärzt*innen (zwei IG, ein VG II) zu T4 gaben an, dass mind. eine externe Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung im regionalen Versorgungsnetzwerk vertreten ist, aber wenig gemeinsames Verständnis über die Rollen oder Aufgaben besteht und selten miteinander kommuniziert wird (Item 5.04). Im Gegensatz dazu gaben zehn Personen (37 %) zu T2 und sechs Personen (23 %) zu T4 an mit mind. einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung ein Team zu bilden, Rollen und Aufgaben klar verteilt zu haben und das Wohlergehen der Patient*innen gemeinsam zu verantworten (Item 5.01). Zum Zeitpunkt T2 definierten 14 Ärzt*innen (52 %, 4 IG, 8 VG II, 2 NA) und zum Zeitpunkt T4 17 (74 %, 5 IG, 11 VG II, 1 NA) Ärzt*innen den Grad der Interaktion als eine „koordinierte Zusammenarbeit“ (Item 5.02) und 9 (33 %) als „Kooperation“ (Item 5.03). 2 Ärzt*innen (7 %, 1 IG, 1 VG II) zu T2 und kein*e Arzt*Ärztin zu T4 gaben an, dass keine engere Zusammenarbeit mit einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung bestand, keine Informationen untereinander ausgetauscht wurden und kein gemeinsames Verständnis über die Rollen oder Aufgaben bestand (Item 5.05). **Teil 6 und Teil 7 des Abschnitts B waren zwei Subskalen des validierten Fragebogens UWE-IP, die Skala „Kommunikation und Teamarbeit**“ (Items 6.01 bis 6.09) **und die Skala „interprofessionelle Interaktion“** (Items 7.01 bis 7.09) (Mahler et al., 2017). Für die Skala der **Kommunikation und Teamarbeit** (Cronbachs Alpha 0,79 zu T2 und 0,64 zu T4) wurde eine 4-stufige Antwortskala (Ich stimme überhaupt nicht zu = 4 bis Ich stimme voll und ganz zu = 1) verwendet. In allen drei Gruppen wurden ähnliche Werte erzielt, wobei die der IG etwas höher als die der VG II waren, sowohl zu T2 als auch T4 (Tabelle 85, Tabelle 86). Die Summenmittelwerte liegen zu beiden Erhebungszeitpunkten den Auswertungsrichtlinien entsprechend im Bereich von 9-20 und stellen damit eine positive Bewertung der eigenen Kommunikations- und Teamwork-Fähigkeiten dar (Mahler et al., 2017).

Tabelle 85: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt B 6

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	1.76	0.45	1.78	15.82	0.00	1–4	1.49–2.03
VG II	14	1.59	0.27	1.47	14.21	0.79	1–3	1.45–1.73
NA	2	1.78	0.31	1.78	16.00	0.00	1–3	1.35–2.21

Anzahl Items: 9

Cronbachs Alpha: 0.79

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 86: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt B 6

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	1.83	0.33	1.67	16.45	0	1–4	1.63–2.03
VG II	11	1.68	0.25	1.67	15.09	0	1–3	1.53–1.83
NA	1	1.67		1.67	15.00	0	1–2	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.64

Die Skala der **interprofessionellen Interaktion** (Cronbachs Alpha 0,82 zu T2 und 0,75 zu T4) wird auf einer 5-stufigen Antwortskala (Ich stimme überhaupt nicht zu = 5 bis Ich stimme voll und ganz zu = 1) beantwortet. Für die IG (27,91 zu T2; 28,73 zu T4) und für die VG II (29,07 zu T2; 28,64 zu T4) ergibt sich entsprechend den Auswertungsrichtlinien eine neutrale Wahrnehmung der Ärzt*innen gegenüber interprofessioneller Interaktion (Wertebereich 23-31). Für die zwei Ärztefragebögen bzw. Einrichtungen zu T2, die in der C-RCT-Phase nicht aktiv waren (NA), ergab sich mit dem errechneten Wert 31,50 gerundet sogar eine negative Wahrnehmung (Wertebereich 32-45). Der*die eine Ärzt*in zu T4, der*die keiner Studiengruppe zugeordnet werden konnte (NA), liegt mit dem Mittelwert von 23,00 auch noch im Wertebereich einer „neutralen Wahrnehmung“. Siehe Tabelle 87 und Tabelle 88.

Tabelle 87: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt B 7

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.10	0.50	3.00	27.91	0	2–5	2.8–3.4
VG II	14	3.23	0.54	3.44	29.07	0	1–5	2.95–3.51
NA	2	3.50	0.08	3.50	31.50	0	2–5	3.39–3.61

Anzahl Items: 9

Cronbachs Alpha: 0.82

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 88: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt B 7

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.19	0.34	3.22	28.73	0.00	2–5	2.99–3.39
VG II	11	3.24	0.39	3.22	28.64	2.02	1–5	3.01–3.47
NA	1	2.56		2.56	23.00	0.00	1–4	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.75

Abschnitt D diente im Rahmen der ersten Ärztebefragung der Erfassung eines **Implementation Outcomes**, der „feasibility of intervention measure“ (Kien et al., 2021). Anhand der Items 3.01 bis 3.04 (Cronbachs Alpha 0,89) wurde das implementation outcome auf einer 5-stufigen Antwortskala (Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 5) erhoben. In der IG konnte der höchste Mittelwert (4,14 bzw. 16,55) im Gruppenvergleich (VG II 3,93 bzw. 15,71; NA 3,25 bzw. 13,00) erzielt werden. Die vier Items wurden in allen Gruppen vollständig ausgefüllt (0 % fehlende Werte). In der IG und VG II wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ und „Stimme nicht zu“ angekreuzt. Die Konfidenzintervalle überlappten (Tabelle 89).

Tabelle 89: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt D

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.14	0.42	4.00	16.55	0	3–5	3.89–4.39
VG II	14	3.93	0.54	4.00	15.71	0	3–5	3.65–4.21
NA	2	3.25	1.06	3.25	13.00	0	1–4	1.78–4.72

Anzahl Items: 4

Cronbachs Alpha: 0.89

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Im Rahmen des **Abschnitts E** (erste Ärztebefragung zu T2, Tabelle 90) und im Rahmen des **Abschnitts D** (zweite Ärztebefragung zu T4, Tabelle 91) wurde mit Hilfe selbst entwickelter Items auf Basis des CFIR der **wahrgenommene Nutzen** von OnCoPaTh sowie der **Bedarf** für die nVF ermittelt. Die insgesamt 11 Items wurden über eine 5-stufige Antwortskala (Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 5) abgefragt. Mittels der Items 1.01 bis 1.08 (Cronbachs Alpha 0,68 zu T2, 0,82 zu T4) wurde der **wahrgenommene Nutzen** erfasst. Es gab in allen drei Gruppen (IG, VG II, NA) keine fehlenden Werte. Die Konfidenzintervalle überschnitten sich. In der VG II wurde ein minimal höherer Mittelwert beim Gruppenvergleich mit der IG erzielt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 90: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt E 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.93	0.58	4.00	31.45	0	1–5	3.59–4.27
VG II	14	4.06	0.39	4.00	32.50	0	1–5	3.86–4.26
NA	2	3.94	0.44	3.94	31.50	0	2–5	3.33–4.55

Anzahl Items: 8

Cronbachs Alpha: 0.68

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Tabelle 91: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt D 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.80	0.49	3.88	30.36	0	2–5	3.51–4.09
VG II	11	3.88	0.63	3.88	31.00	0	1–5	3.51–4.25
NA	1	4.50		4.50	36.00	0	4–5	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.82

Die Items 2.01 bis 2.03 (Cronbachs Alpha 0,86 zu T2 und 0,58 zu T4) maßen den **Bedarf**, wobei in der Gruppe der VG II ein etwas höheres Mittel als in der IG erreicht wurde. Die zwei Ärztebefragungen der Ärzt*innen zu T2, die in der C-RCT-Phase nicht aktiv waren, sowie der nicht zuordenbare Fragebogen zu T4 (NA) erzielten einen höheren Mittelwert als die IG und VG II. Auch hier überlappten die Konfidenzintervalle. Siehe Tabelle 92 und Tabelle 93.

Tabelle 92: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt E 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.18	0.78	4.33	12.09	3.03	2–5	3.72–4.64
VG II	14	4.26	0.76	4.33	12.79	0.00	1–5	3.86–4.66
NA	2	4.50	0.24	4.50	13.50	0.00	4–5	4.17–4.83

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.86

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 93: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt D 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.97	0.41	4.00	11.91	0	1–5	3.73–4.21
VG II	11	4.24	0.72	4.67	12.73	0	2–5	3.81–4.67
NA	1	4.67		4.67	14.00	0	4–5	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.58

Abschnitt H zu T2 (Tabelle 94) und **Abschnitt F** zu T4 (Tabelle 95) umfassten Aussagen zur **Umsetzung der neuen Versorgungsform**, welche selbst entwickelt wurden. Die ersten fünf Items (Cronbachs Alpha 0,85 zu T2 und T4) adressieren die „intervention characteristics“ in Anlehnung an das Konstrukt des CFIR. Die beiden aufgrund von Inaktivität in der C-RCT-Phase nicht in eine Studiengruppe eingeteilten Ärzt*innen (NA) erzielten den mit Abstand höchsten Mittelwert im Gruppenvergleich zu T2. Zu T2 erzielte die VG II ein etwas höheres Mittel als die IG, zu T4 war dies umgekehrt. Die Konfidenzintervalle der IG und VG II überlappten zu T2 und T4, das Konfidenzintervall der beiden nicht aktiven Einrichtungen überlappte sich nicht mit den Konfidenzintervallen der IG und VG II zu T2. Zu keinem der beiden Erhebungszeitpunkte gab es bei den Items fehlende Werte.

Tabelle 94: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt H 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.42	0.58	3.4	17.09	0	2–5	3.08–3.76
VG II	14	3.56	0.75	3.6	17.79	0	2–5	3.17–3.95
NA	2	4.80	0.28	4.8	24.00	0	4–5	4.41–5.19

Anzahl Items: 5

Cronbachs Alpha: 0.85

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Tabelle 95: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt F 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.38	0.68	3.4	16.91	0	2–5	2.98–3.78

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG II	11	3.27	0.83	3.2	16.36	0	2–5	2.78–3.76
NA	1	2.00		2.0	10.00	0	1–3	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.85

Die **Items 6 bis 9** thematisierten **hemmende Faktoren bei der Umsetzung von OnCoPaTh**. Bei den Items 6 bis 8 (Cronbachs Alpha 0,73 zu T2, 0,49 zu T4) erzielten ebenfalls die beiden in der C-RCT nicht aktiven Einrichtungen (NA) den im Mittel vergleichsweise höchsten Wert. Zu T2 hatte die VG II ein etwas höheres Mittel als die IG (Tabelle 96), zu T4 war dies der umgekehrte Fall (Tabelle 97). Die Konfidenzintervalle der IG und VG II überlappten. In keiner der Gruppen gab es fehlende Werte. Für die Items 1 bis 8 wurde eine 5-stufige Antwortskala (Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 5) verwendet.

Tabelle 96: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt H 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	2.12	0.45	2.00	6.36	0	1–4	1.85–2.39
VG II	14	2.29	0.88	2.17	6.86	0	1–5	1.83–2.75
NA	2	2.67	0.00	2.67	8.00	0	2–4	2.67–2.67

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.73

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Tabelle 97: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt F 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	2.27	0.63	2.00	6.82	0	1–4	1.9–2.64
VG II	11	2.09	0.30	2.00	6.27	0	1–3	1.91–2.27
NA	1	1.67		1.67	5.00	0	1–3	NA–NA

Cronbachs Alpha: 0.49

Das **neunte Item** des Abschnitts war ein Freitextfeld, bei dem die Ärzt*innen angeben konnten, welche **Herausforderungen** sie für die **Umsetzung der neuen Versorgungsform in**

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ihrer Einrichtung sehen, wobei pro Antwort zum Teil mehrere Herausforderungen genannt wurden. 14 Personen (6 IG, 6 VG II, 2 NA) beantworteten die offene Frage zu T2 und 7 Ärzt*innen (4 IG, 3 VG II) zu T4. 12 Antworten (8 zu T2, 4 zu T4) thematisierten unter anderem den Personalmangel (bspw. „Ausreichend qualifiziertes Personal zu finden, dass die zusaetzliche Sprechstunde erfuellen kann.“, „mangelndes Personal fuer die Umsetzung, Weggang von gesamten OncoCoaches“). Damit einhergehend wurde auch der Mangel an Zeit insgesamt 4 Mal (1 zu T2, 3 zu T4) thematisiert, beispielhaft: „Zeitressourcen für die OncoCoach Sprechstunde zu schaffen“ oder „Zeitmangel“. In 4 Antworten (3 zu T2, 1 zu T4) wurde das Thema der Raumkapazität genannt (bspw. „Fehlender Raum fuer die Sprechstunde“, „Raum f. Onkocoaches f. ein ruhiges Gespraech“). Strukturelle bzw. organisationsbezogene Hürden für die Umsetzung wie beispielsweise „Die Schaffung einer neuen Funktion/stelle schafft keine Loesung, Es muss eine Aenderung der Haltung aller Beteiligten geschaerft werden.“ oder „Entwicklung von Schnittstellen Arzt-OncoCoach“ gaben 5 Ärzt*innen zu T2 an. Eine Person berichtete: „MVZ Strukturen lassen sich pauschal (?) nicht aendern. Geschaeftsfuehrung versteht die Notwendigkeit von OncoCoaches nicht!“. Im Rahmen von 5 (3 zu T2, 2 zu T4) Antworten wurde das Thema der Finanzierung aufgegriffen: „keine Verguetung durch Kostentraeger“, „Finanzierung“, „negativ: Finanzierung“.

3.2.4.3 Schriftliche Befragungen – OCs

Abschnitt A der ersten (T0, Tabelle 98**) und Abschnitt G der dritten (T6**, Tabelle 99**) OC-Befragung** umfassten das Instrument des „**Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10)**“, wobei Health Literacy als „ability to find, understand and put health information into practice“ definiert ist (Kowalski et al., 2015). Die Antwortskala war 7-stufig von „Überhaupt nicht“ = 1 bis „In sehr großem Maße“ = 7. Dieses Instrument umfasste 10 Items (Cronbachs Alpha zu T0 0,86 und zu T6 0,91). Die Gruppe der geschulten OncoCoaches zeigte zwar einen höheren Mittelwert, jedoch war der Summenmittelwert aufgrund des deutlich größeren Anteils fehlender Werte, der mit der geringen Anzahl auswertbarer Fälle zusammenhing, niedriger als in der Gruppe der VG I. Im Längsschnitt zeigte die Gruppe der IG-OncoCoaches zu T6 einen nahezu identischen (Summen-)Mittelwert wie die Gruppe der VG I-OncoCoaches zu T0. Im Gruppenvergleich zu T6 wiesen die VG II-OncoCoaches ein mit Abstand niedrigeres Mittel auf als die IG. Der Anteil fehlender Werte war zum T6-Befragungszeitpunkt in beiden Gruppen deutlich höher als zu T0. Die Konfidenzintervalle aller Gruppen überlappten.

Tabelle 98: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt A

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	70	4.48	0.91	4.4	44.73	0.14	1–7	4.27–4.69
geschult	5	4.62	1.78	4.6	43.40	4.00	1–7	3.06–6.18
nicht aktiv	5	3.66	0.70	3.8	36.60	0.00	1–6	3.05–4.27
NA	3	4.10	1.39	3.3	41.00	0.00	1–7	2.53–5.67

Anzahl Items: 10

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Cronbachs Alpha: 0.86

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 99: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt G

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	4.47	1.06	4.80	44.67	10.00	1–7	3.78–5.16
VG II	16	4.02	1.21	4.05	38.88	18.42	1–7	3.43–4.61

Cronbachs Alpha: 0.91

In **Abschnitt B der ersten (T0**, Tabelle 100**) und zweiten (T1**, Tabelle 101**) Befragung und in Abschnitt A der dritten Befragung (T6**, Tabelle 102**)** wurden die **Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine Umsetzung der Interventionselemente OncoCoaching und palliative Begleitung** mittels selbstentwickelter Items abgefragt. Die Antwortskala war 4-stufig („Ich stimme voll und ganz zu“ = 1 bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ = 4). Insgesamt ca. 97 % (n = 80) der befragten OncoCoaches zu T0 gaben an, dass sie der Aussage, dass in ihrer Einrichtung eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft wie den OncoCoach angestrebt wird, (voll und ganz) zustimmen. Zu T1, nach der OncoCoach-Schulung belief sich der Anteil auf ca. 93 % (n = 50) und zu T6 auf 79 % (n = 23, 8 IG, 15 VG II). Lediglich 3 (4 %) OncoCoaches zu T0, 4 (7 %) OncoCoaches zu T1 und 3 (10 %) OncoCoaches zu T6 stimmten der Aussage nicht bzw. überhaupt nicht zu. Dem Anstreben einer frühen palliativen Begleitung stimmten insgesamt ca. 87 % (n = 72) zu T0 (voll und ganz) zu, 85 % (n = 46) zu T1 und 76 % (n = 22, 9 IG und 13 VG II). Ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen war laut 86 % (n = 71) der OncoCoaches zu T0 gegeben. Zu T1 waren es 85 % (n = 46) und zu T6 79 % (n = 23, 9 IG und 14 VG II). 12 (14 %) der Befragten zu T0, 8 (15 %) der Befragten zu T1 und 3 (10 %, 3 IG) der Befragten zu T6 stimmten dieser Aussage nicht bzw. überhaupt nicht zu. Knapp vier Fünftel der OncoCoaches zu T1 (n = 43) und zu T6 (n = 23, 9 IG und 14 VG II) stimmten der Aussage (voll und ganz) zu, dass eine Einbindung der Angehörigen in die Coaching-Gespräche angestrebt wird. Hinsichtlich der notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Durchführung der OncoCoaching-Sprechstunde gaben etwas mehr als die Hälfte (n = 29, 54 %) der OncoCoaches beim zweiten Erhebungszeitpunkt (T1) nach der Schulung an, dass sie dieser Aussage (überhaupt) nicht zustimmen. Zu T6 belief sich der Anteil auf ca. 38 % (n = 11, 5 IG und 6 VG II). Bei der Verfügbarkeit von räumlichen Ressourcen zur Umsetzung der Sprechstunden stimmten ca. 46 % (n = 34) der OncoCoaches zu T1 und 24 % (n = 7, 3 IG und 4 VG II) der OncoCoaches zu T6 (überhaupt) nicht zu. Der Aussage bezüglich der Umsetzung bzw. Gegebenheit der notwendigen Rahmenbedingungen für ein Coaching-Gespräch (z.B. ausreichend Vorbereitungszeit, ruhige Umgebung, Personal, Räumlichkeiten) in der Einrichtung der OncoCoaches stimmte zu T1 die Hälfte der Befragten (voll und ganz) zu und die andere Hälfte stimmte (überhaupt) nicht zu. Zu T6 stimmte knapp die Hälfte (52 %, n

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

= 15, 6 IG, 9 VG II) der Befragten (überhaupt) nicht zu und 34 % (n = 10, 4 IG, 6 VG II) stimmten (voll und ganz) zu.

Tabelle 100: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt B

Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
...wird an unserem Standort eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft, wie den OncoCoach angestrebt.					
Ich stimme voll und ganz zu	4 (80,00%)	1 (33,33%)	2 (40,00%)	45 (64,29%)	52 (62,65%)
Ich stimme zu	1 (20,00%)	2 (66,67%)	3 (60,00%)	22 (31,43%)	28 (33,73%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (4,29%)	3 (3,61%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
...wird in unserer Einrichtung eine frühe palliative Begleitung angestrebt.					
Ich stimme voll und ganz zu	2 (40,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	28 (40,00%)	31 (37,35%)
Ich stimme zu	2 (40,00%)	2 (66,67%)	2 (40,00%)	35 (50,00%)	41 (49,40%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	2 (40,00%)	7 (10,00%)	10 (12,05%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	1 (20,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,20%)
...ist an unserem Standort ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen gegeben.					
Ich stimme voll und ganz zu	1 (20,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	25 (35,71%)	27 (32,53%)
Ich stimme zu	4 (80,00%)	2 (66,67%)	1 (20,00%)	37 (52,86%)	44 (53,01%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (60,00%)	8 (11,43%)	11 (13,25%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	0 (0,00%)	1 (1,20%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	geschult	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
In unserem Standort werden die Mitarbeiter dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.					
Ich stimme voll und ganz	2 (40,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	17 (24,29%)	20 (24,10%)
Ich stimme zu	2 (40,00%)	3 (100,00%)	1 (20,00%)	38 (54,29%)	44 (53,01%)
Ich stimme nicht zu	1 (20,00%)	0 (0,00%)	3 (60,00%)	13 (18,57%)	17 (20,48%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,86%)	2 (2,41%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
In unserem Standort werden die Ideen der Mitarbeiter aufgegriffen.					
Ich stimme voll und ganz zu	1 (20,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	15 (21,43%)	18 (21,69%)
Ich stimme zu	3 (60,00%)	3 (100,00%)	1 (20,00%)	38 (54,29%)	45 (54,22%)
Ich stimme nicht zu	1 (20,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	14 (20,00%)	16 (19,28%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	2 (2,86%)	3 (3,61%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,43%)	1 (1,20%)
In unserem Standort ist man offen gegenüber innovativen Ideen.					
Ich stimme voll und ganz zu	2 (40,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	19 (27,14%)	23 (27,71%)
Ich stimme zu	2 (40,00%)	3 (100,00%)	0 (0,00%)	33 (47,14%)	38 (45,78%)
Ich stimme nicht zu	1 (20,00%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	15 (21,43%)	18 (21,69%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	2 (2,86%)	3 (3,61%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,43%)	1 (1,20%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 101: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt B

Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
...wird an unserem Standort eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft, wie den OncoCoach angestrebt.				
Ich stimme voll und ganz zu	1 (50,00%)	2 (66,67%)	23 (46,94%)	26 (48,15%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	22 (44,90%)	24 (44,44%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (8,16%)	4 (7,41%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
...wird an unserem Standort eine frühe palliative Begleitung angestrebt.				
Ich stimme voll und ganz zu	1 (50,00%)	2 (66,67%)	17 (34,69%)	20 (37,04%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	0 (0,00%)	25 (51,02%)	26 (48,15%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	7 (14,29%)	8 (14,81%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
…wird die Einbindung der Angehörigen in die Coaching-Gespräche angestrebt.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	16 (32,65%)	17 (31,48%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	24 (48,98%)	26 (48,15%)
Ich stimme nicht zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	9 (18,37%)	11 (20,37%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
...ist an unserem Standort ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen (z.B. Ärzt*innen, Pflegefachkräfte und OncoCoach) gegeben.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	17 (34,69%)	18 (33,33%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	24 (48,98%)	28 (51,85%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (14,29%)	7 (12,96%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
In unserem Standort werden die Mitarbeiter dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	2 (66,67%)	16 (32,65%)	18 (33,33%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	1 (33,33%)	25 (51,02%)	28 (51,85%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (14,29%)	7 (12,96%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
In unserem Standort werden die Ideen der Mitarbeiter aufgegriffen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	12 (24,49%)	13 (24,07%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	1 (33,33%)	26 (53,06%)	29 (53,70%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	10 (20,41%)	11 (20,37%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
In unserem Standort ist man offen gegenüber innovativen Ideen.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	15 (30,61%)	15 (27,78%)
Ich stimme zu	2 (100,00%)	2 (66,67%)	24 (48,98%)	28 (51,85%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	8 (16,33%)	9 (16,67%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (4,08%)	2 (3,70%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Mir stehen die zeitlichen Ressourcen für die Durchführung einer OncoCoaching-Sprechstunde zur Verfügung.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (10,20%)	5 (9,26%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	18 (36,73%)	20 (37,04%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	18 (36,73%)	19 (35,19%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	8 (16,33%)	10 (18,52%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	NA	nicht aktiv	VG I	Gesamt
Mir stehen die räumlichen Ressourcen für eine OncoCoaching-Sprechstunde zur Verfügung.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	11 (22,45%)	11 (20,37%)
Ich stimme zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	16 (32,65%)	18 (33,33%)
Ich stimme nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	15 (30,61%)	16 (29,63%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	7 (14,29%)	9 (16,67%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Es gibt eine schriftliche Vereinbarung zwischen meiner bzw. meinem Vorgesetzten und mir, die meine Tätigkeit als OncoCoach regelt.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,85%)
Ich stimme zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	8 (16,33%)	9 (16,67%)
Ich stimme nicht zu	1 (50,00%)	1 (33,33%)	24 (48,98%)	26 (48,15%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	16 (32,65%)	17 (31,48%)
NA	1 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,85%)
In unserem Standort können die notwendigen Rahmenbedingungen für ein Coaching-Gespräch (z.B. ausreichend Vorbereitungszeit, ruhige Umgebung) umgesetzt werden.				
Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (14,29%)	7 (12,96%)
Ich stimme zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	19 (38,78%)	20 (37,04%)
Ich stimme nicht zu	2 (100,00%)	1 (33,33%)	17 (34,69%)	20 (37,04%)
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	1 (33,33%)	6 (12,24%)	7 (12,96%)
NA	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tabelle 102: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt A

Frage	Antwort	IG	VG II	Gesamt
...wird in unserer Einrichtung eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft wie den OncoCoach angestrebt.				
	Ich stimme voll und ganz zu	5 (50,00%)	11 (57,89%)	16 (55,17%)
	Ich stimme zu	3 (30,00%)	4 (21,05%)	7 (24,14%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Frage	Antwort	IG	VG II	Gesamt
Ich stimme nicht zu		2 (20,00%)	0 (0,00%)	2 (6,90%)
Ich stimme überhaupt nicht zu		0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
	NA	0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
...wird in unserer Einrichtung eine frühe palliative Begleitung angestrebt.				
Ich stimme voll und ganz zu		5 (50,00%)	4 (21,05%)	9 (31,03%)
Ich stimme zu		4 (40,00%)	9 (47,37%)	13 (44,83%)
Ich stimme nicht zu		1 (10,00%)	1 (5,26%)	2 (6,90%)
Ich stimme überhaupt nicht zu		0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
NA		0 (0,00%)	4 (21,05%)	4 (13,79%)
…wird die Einbindung der Angehörigen in die Coaching-Gespräche angestrebt.				
Ich stimme voll und ganz zu		2 (20,00%)	5 (26,32%)	7 (24,14%)
Ich stimme zu		7 (70,00%)	9 (47,37%)	16 (55,17%)
Ich stimme nicht zu		1 (10,00%)	1 (5,26%)	2 (6,90%)
Ich stimme überhaupt nicht zu		0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
NA		0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
...ist in unserer Einrichtung ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen (z.B. Ärzt*innen, Pflegefachkräfte und OncoCoach) gegeben.				
Ich stimme voll und ganz zu		3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Ich stimme zu		6 (60,00%)	6 (31,58%)	12 (41,38%)
Ich stimme nicht zu		1 (10,00%)	2 (10,53%)	3 (10,34%)
Ich stimme überhaupt nicht zu		0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA		0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
In unserer Einrichtung werden die Mitarbeitenden dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.				
Ich stimme voll und ganz zu		2 (20,00%)	5 (26,32%)	7 (24,14%)
Ich stimme zu		8 (80,00%)	10 (52,63%)	18 (62,07%)
Ich stimme nicht zu		0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Frage	Antwort	IG	VG II	Gesamt
	Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	NA	0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
In unserer Einrichtung werden die Ideen der Mitarbeitenden aufgegriffen.				
	Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	2 (10,53%)	2 (6,90%)
	Ich stimme zu	9 (90,00%)	12 (63,16%)	21 (72,41%)
	Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	2 (10,53%)	3 (10,34%)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	NA	0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
In unserer Einrichtung ist man offen gegenüber innovativen Ideen.				
	Ich stimme voll und ganz zu	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)
	Ich stimme zu	8 (80,00%)	11 (57,89%)	19 (65,52%)
	Ich stimme nicht zu	1 (10,00%)	1 (5,26%)	2 (6,90%)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	NA	0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
Mir stehen die zeitlichen Ressourcen für die Durchführung des OncoCoachings zur Verfügung.				
	Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	6 (31,58%)	9 (31,03%)
	Ich stimme zu	2 (20,00%)	4 (21,05%)	6 (20,69%)
	Ich stimme nicht zu	4 (40,00%)	5 (26,32%)	9 (31,03%)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	1 (10,00%)	1 (5,26%)	2 (6,90%)
	NA	0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
Mir stehen die räumlichen Ressourcen für das OncoCoaching zur Verfügung.				
	Ich stimme voll und ganz zu	3 (30,00%)	6 (31,58%)	9 (31,03%)
	Ich stimme zu	4 (40,00%)	6 (31,58%)	10 (34,48%)
	Ich stimme nicht zu	2 (20,00%)	4 (21,05%)	6 (20,69%)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	1 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)
	NA	0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Frage	Antwort	IG	VG II	Gesamt
Es gibt eine schriftliche Vereinbarung zwischen meiner*meinem Vorgesetzten und mir, die meine Tätigkeit als OncoCoach regelt.				
	Ich stimme voll und ganz zu	1 (10,00%)	2 (10,53%)	3 (10,34%)
	Ich stimme zu	2 (20,00%)	4 (21,05%)	6 (20,69%)
	Ich stimme nicht zu	4 (40,00%)	9 (47,37%)	13 (44,83%)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	3 (30,00%)	1 (5,26%)	4 (13,79%)
	NA	0 (0,00%)	3 (15,79%)	3 (10,34%)
In unserer Einrichtung sind die notwendigen Rahmenbedingungen für das OncoCoaching (z.B. ausreichend Zeit, Personal, Räumlichkeiten) gegeben.				
	Ich stimme voll und ganz zu	0 (0,00%)	2 (10,53%)	2 (6,90%)
	Ich stimme zu	4 (40,00%)	4 (21,05%)	8 (27,59%)
	Ich stimme nicht zu	3 (30,00%)	9 (47,37%)	12 (41,38%)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	3 (30,00%)	0 (0,00%)	3 (10,34%)
	NA	0 (0,00%)	4 (21,05%)	4 (13,79%)

Die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion im beruflichen Umfeld** wurde mittels des Instruments des **UWE-IP** zu allen drei Erhebungszeitpunkten (**Abschnitt C zu T0** (Tabelle 103) **und T1** (Tabelle 104) und **Abschnitt B zu T6** (Tabelle 105) gemessen. Die Antwortskala war 4-stufig von „Ich stimme voll und ganz zu“ (=1) bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (=4). Im Hinblick auf die intendierte Messgenauigkeit der Originalskala war jedoch eine fünfstufige Skala vorgesehen, sodass es bei der Konstruktion des Fragebogens zu einer nicht intendierten Abweichung von der ursprünglich geplanten Skalenlänge kam. Die ersten 9 Items bildeten die Subskala „Kommunikation und Teamarbeit“ und wiesen ein Cronbachs Alpha von 0,81 zu T0, 0,71 zu T1 und 0,77 zu T6 auf. Die Summenmittelwerte der Subskala lagen zu allen 3 Zeitpunkten im Bereich von 9 und 20 und implizieren damit eine positive Selbsteinschätzung der Kommunikations- und Teamworkfähigkeiten.

Tabelle 103: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt C 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	70	1.86	0.40	1.89	16.74	0.16	1–4	1.77–1.95
geschult	5	1.73	0.55	1.67	15.60	0.00	1–3	1.25–2.21
nicht aktiv	5	2.22	0.49	2.11	20.00	0.00	1–4	1.79–2.65

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
NA	3	1.67	0.29	1.56	15.00	0.00	1–4	1.34–2

Anzahl Items: 9

Cronbachs Alpha: 0.81

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 104: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt C 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	1.91	0.35	2.00	17.16	0	1–4	1.81–2.01
nicht aktiv	3	1.96	0.45	1.89	17.67	0	1–3	1.45–2.47
NA	2	2.28	0.08	2.28	20.50	0	2–3	2.17–2.39

Cronbachs Alpha: 0.71

Tabelle 105: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt B 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	10	1.78	0.31	1.78	16.00	0.00	1–4	1.59–1.97
VG II	16	1.83	0.42	1.89	16.44	15.79	1–3	1.62–2.04

Cronbachs Alpha: 0.77

Die weiteren 9 Items spiegeln die Subskala der interprofessionellen Interaktion wider. Für T0 ergab sich ein Cronbachs Alpha von 0,82 für diese Items, 0,51 zu T1 und 0,75 zu T6. Die Werte liegen in der Regel an der Grenze zwischen einer positiven (Summenmittelwert 9-22) und einer neutralen (Summenmittelwert 23-31) Wahrnehmung der interprofessionellen Interaktion. Siehe Tabelle 106, Tabelle 107, Tabelle 108.

Tabelle 106: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt C 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	70	2.48	0.44	2.56	22.21	0.63	1–4	2.38–2.58
geschult	5	2.64	0.19	2.75	23.20	2.22	1–3	2.47–2.81

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
nicht aktiv	5	2.89	0.32	3.00	26.00	0.00	2–4	2.61–3.17
NA	3	2.63	0.23	2.56	23.67	0.00	1–4	2.37–2.89

Anzahl Items: 9

Cronbachs Alpha: 0.82

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 107: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt C 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	2.51	0.25	2.56	22.18	1.59	1–4	2.44–2.58
nicht aktiv	3	2.78	0.29	2.89	25.00	0.00	1–4	2.45–3.11
NA	2	2.61	0.08	2.61	23.50	0.00	2–3	2.5–2.72

Cronbachs Alpha: 0.51

Tabelle 108: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt B 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	10	2.57	0.36	2.50	23.10	0.00	1–4	2.35–2.79
VG II	16	2.35	0.33	2.39	21.19	15.79	1–4	2.19–2.51

Cronbachs Alpha: 0.75

In **Abschnitt D zu T0** (Tabelle 109) **und T1** (Tabelle 110) **und in Abschnitt C zu T6** (Tabelle 111) wurden der **Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung der OncoCoaches, der Patient*innen, der Angehörigen und anderer Professionen** mittels selbst entwickelter Items untersucht. Die ersten 13 Items bzw. 14 Items zu T6 (Cronbachs Alpha von 0,93 zu T0, 0,95 zu T1 und T6) wurden auf einer 4-stufigen Antwortskala von „Ich stimme voll und ganz zu“ (=1) bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (=4) bewertet. Inhaltlich ging es darum, inwiefern Patient*innen in der Versorgungseinrichtung ausreichend über verschiedene Thematiken informiert wurden. Beim Vergleich der ersten beiden Erhebungszeitpunkte zeigt sich, dass die OncoCoaches zu T1 im Mittel etwas stärker den Thematiken zustimmten, jedoch

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

mit etwas höherer Standardabweichung. Bei T6 brachte der Vergleich von IG und VG II eine etwas stärkere Zustimmung (kleinerer Mittelwert) bei der VG II hervor. Hinzukommt, dass keine OncoCoaches der VG II „Ich stimme überhaupt nicht zu“ ankreuzten. Der Anteil fehlender Werte war in der VG II deutlich höher als in der IG.

Tabelle 109: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt D 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	70	1.75	0.51	1.69	22.64	0.33	1–4	1.63–1.87
geschult	5	2.22	0.20	2.15	28.40	1.54	1–4	2.04–2.4
nicht aktiv	5	2.14	0.10	2.15	27.80	0.00	1–3	2.05–2.23
NA	3	2.00	0.47	2.23	26.00	0.00	1–3	1.47–2.53

Anzahl Items: 13

Cronbachs Alpha: 0.93

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 110: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt D 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	1.83	0.54	2.00	23.71	0.16	1–4	1.68–1.98
nicht aktiv	3	1.92	0.73	2.00	25.00	0.00	1–4	1.09–2.75
NA	2	1.85	0.22	1.85	24.00	0.00	1–2	1.55–2.15

Cronbachs Alpha: 0.95

Tabelle 111: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt C 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	10	1.91	0.58	1.86	26.70	0.00	1–4	1.55–2.27
VG II	16	1.83	0.48	2.00	25.44	16.17	1–3	1.59–2.07

Anzahl Items: 14

Cronbachs Alpha: 0.95

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der Aussage, dass **Angehörige alle relevanten Informationen in Bezug auf die Erkrankung und zur Betreuung der Patient*innen erhalten,** stimmten insgesamt 30 (36 %) der 83 befragten OncoCoaches zu T0 nicht bzw. überhaupt nicht zu. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt waren es 18 (33 %) der 54 OncoCoaches und zu T6 8 (28 %, 4 IG, 4 VG II) der 29 OncoCoaches. **Hinsichtlich ob Professionen, die an der Versorgung der Patient*innen beteiligt sind, alle relevanten Informationen erhalten**, stimmten 15 (18 %) der OncoCoaches zu T0, 14 (26 %) zu T1 und 4 (14 %, 2 IG, 2 VG II) zu T6 nicht zu. Zu T1 und T6 wurde noch die Einschätzung hinsichtlich der Zustimmung zu der Aussage „**Sofern Patient*innen palliativ versorgt werden stehen dem ärztlichen Personal an meinem Standort alle relevanten Informationen aus der palliativen Betreuung zur Verfügung.**“ erfragt. Zu T1 stimmten 12 (22 %) der 54 befragten OncoCoaches der Aussage nicht zu, zu T6 waren es 6 (21 %) der insgesamt 29 OncoCoaches. Dass **im Rahmen der Tätigkeit als OncoCoach mit den Ärzt*innen in der Einrichtung Hand in Hand gearbeitet** wird, stimmten 70 % (n = 38) des geschulten Personals zu T1 zu. Zu T6 belief sich der Anteil, welcher zustimmte, auf 62 % (n = 18). 34 (41 %) Personen zu T0 gaben an, dass sie **Verbesserungsmöglichkeiten in der Überleitung der Patient*innen sahen** und 29 machten auch eine Angabe im Freitextfeld. Häufig wurde die Kommunikation thematisiert, dass mehr Kommunikation stattfinden sollte („Mehr Kommunikation“, „regelmäßiger Austausch“) oder auch mehr Zeit für Kommunikation notwendig war bzw. eingeräumt werden sollte („Mehr Zeit für Kommunikation durch die Pflegekraft z.B. in der Tagesklinik“, „Mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten und Angehörigen“). Im Zuge dessen sollte auch der interprofessionelle Austausch verbessert werden („noch besserer Austausch der Professionen“) sowie die unterschiedlichen an der Versorgung beteiligten Parteien, beispielsweise Angehörige, Palliativversorgung, (besser) eingebunden werden („Bessere Einbindung der Angehörigen“, „Einbinden von SAPV, Verlegung auf Palliativstation“). Im Rahmen der zweiten Erhebung (T1) kreuzten 29 Personen (54 %) an, dass sie Verbesserungsmöglichkeiten in der Überleitung sehen und es wurden 19 Eintragungen vorgenommen. 2 der Befragten berichteten, dass es bei ihnen noch kein OncoCoach gab und dieser erst noch eingeführt werden musste. Im Zuge dessen wurde einmal das Bedenken einer weiteren Schnittstelle geäußert, die durch den OncoCoach entsteht „Bei uns gibt es keinen Onco Coach und muss erst noch etabliert werden. Man befürchtet noch eine Schnittstelle und sieht dem skeptisch gegenüber“. Der Wunsch nach einem Überleitungsbogen von 3 Personen thematisiert („Überleitungsbogen einführen“). Zu T6 gaben 9 (31 %, 4 IG, 5 VG II) der 29 OncoCoaches bei der Frage nach den Verbesserungsmöglichkeiten „Ja“ an und 8 trugen etwas im Freitextfeld ein. Hierbei thematisierte ein OncoCoach die zukünftige Umsetzung des neuen Versorgungskonzeptes: „Klärung der Refinanzierung, damit Angebot "KoPP" auch nach der Oncopath-Studie bestehen bleibt“.

Die darauffolgenden 6 Items beschäftigten sich mit der **Zufriedenheit mit der Kommunikation zwischen dem*der OncoCoach und den verschiedenen Parteien**. Die Antwortskala war 5-stufig („Sehr zufrieden“ =1 bis „Sehr unzufrieden“ =4, Nicht zutreffend =NA). Das Cronbachs Alpha betrug zur ersten Befragung 0,78, zur zweiten Befragung 0,83 und zur dritten Befragung 0,42, wobei es zu T6 8 Items in dem Unterabschnitt gab und der hohe Anteil fehlender Werte zur Erklärung des niedrigen Cronbachs Alpha beiträgt. Insgesamt fällt der hohe Anteil fehlender Werte zu allen drei Erhebungszeitpunkten auf. Zu T6 zeigte sich im Mittel im Vergleich zu den ersten beiden Erhebungszeitpunkten der niedrigste Wert, was die höchste Zufriedenheit mit der Kommunikation impliziert. Zudem zeigte sich kaum Unterschied zwischen der IG und VG II hinsichtlich des Mittelwertes. In einigen der definierten Gruppen im

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rahmen der Analyse (bspw. in der VG II zu T6 oder der bereits geschulten OncoCoaches zu T0) wurde keinmal die Antwortoption „Sehr unzufrieden“ angekreuzt. Die hohen Standardabweichungen deuten auf eine hohe Streuung im Antwortverhalten hin. Siehe Tabelle 112, Tabelle 113 und Tabelle 114.

Tabelle 112: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt D 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	69	1.80	0.46	1.83	9.59	15.24	1–4	1.69–1.91
geschult	5	1.97	0.51	2.00	8.20	26.67	1–3	1.52–2.42
nicht aktiv	5	2.45	0.63	2.67	12.40	20.00	1–4	1.9–3
NA	3	1.67	0.44	1.83	10.00	0.00	1–3	1.17–2.17

Anzahl Items: 6

Cronbachs Alpha: 0.78

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 113: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt D 5

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	2.04	0.51	2.00	11.04	8.84	1–4	1.9–2.18
nicht aktiv	3	2.28	1.11	2.83	9.33	38.89	1–3	1.02–3.54
NA	2	1.75	0.35	1.75	7.50	33.33	1–3	1.26–2.24

Cronbachs Alpha: 0.83

Tabelle 114: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt C 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	1.82	0.28	2	11.33	28.75	1–4	1.64–2
VG II	16	1.86	0.42	2	12.19	32.24	1–3	1.65–2.07

Anzahl Items: 8

Cronbachs Alpha: 0.42

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Anschluss wurde die Zufriedenheit mit der **allgemeinen Zusammenarbeit zwischen dem*der OncoCoach und den verschiedenen Parteien** erfasst. Es wurde dieselbe 5-stufige Antwortskala verwendet wie zuvor und das Cronbachs Alpha belief sich zu T0 auf 0,77, zu T1 auf 0,83 und zu T6 auf 0,72. Zu T6 waren es wie auch bei dem vorherigen Unterabschnitt 8 Items, also 2 Items mehr als zu T0 und T1. Auch bei diesen Items war der Anteil fehlender Werte zu allen drei Erhebungszeitpunkten hoch. Analog zu dem vorherigen Unterabschnitt bezüglich der Zufriedenheit mit der Kommunikation zeigte sich zu T6 die größte Übereinstimmung (kleinste Mittelwerte), wobei die IG ein kleineres Mittel als die VG II aufwies. Die Zufriedenheit im Vergleich von T0 und T1 war ähnlich hoch (zwischen „Sehr zufrieden“ und „Eher zufrieden“). Siehe Tabelle 115, Tabelle 116, Tabelle 117.

Tabelle 115: Statistische Auswertung 1. OC-Befragung (T0) Abschnitt D 5

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	70	1.77	0.45	1.83	9.29	13.81	1–4	1.66–1.88
geschult	5	2.07	0.58	2.00	8.60	33.33	1–3	1.56–2.58
nicht aktiv	4	2.17	0.24	2.08	8.00	53.33	1–4	1.93–2.41
NA	3	1.83	0.29	1.67	11.00	0.00	1–3	1.5–2.16

Anzahl Items: 6

Cronbachs Alpha: 0.77

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 116: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt D 6

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	1.91	0.50	1.83	10.27	9.86	1–4	1.77–2.05
nicht aktiv	3	2.11	0.54	2.33	9.33	22.22	1–3	1.5–2.72
NA	2	1.83	0.24	1.83	8.50	25.00	1–3	1.5–2.16

Cronbachs Alpha: 0.83

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 117: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt C 5

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	1.57	0.36	1.5	10.11	27.50	1–4	1.33–1.81
VG II	16	1.87	0.51	2.0	12.25	34.87	1–3	1.62–2.12

Anzahl Items: 8

Cronbachs Alpha: 0.72

In der weiteren Zusammenarbeit sahen 46 (55 %) der befragten OncoCoaches zu T0 **Verbesserungsmöglichkeiten**, wobei 37 Personen etwas im darauffolgenden Freitextfeld eintrugen. Auch hierbei wurde die Kommunikation untereinander thematisiert, insbesondere die Erreichbarkeit oder auch die (mangelnden) zeitlichen Ressourcen (bspw. „zeitnahe Erreichbarkeit“, „Kommunikation ohne Stress und Zeitdruck“). Ein weiterer Punkt betrifft die Arbeitsbeziehung im Sinne von Hierarchien, an denen zugunsten einer verbesserten Zusammenarbeit und Patientenzentrierung gearbeitet werden müsste, zum Beispiel: „Ärztliches Krankenhauspersonal und pflegerisches KP nehmen die Onkologie oft nicht ernst.“ oder „Akzeptanz der professionellen Fachpflegekräfte ist Basis für gute Zusammenarbeit mit ärztl. Person“. Zu T1 gaben 55 % (n = 30) der Befragten „Ja“ bei der Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten an und es wurden 19 Eintragungen vorgenommen. Das Thema des gemeinsamen Arbeitens und engeren Zusammenarbeit wurde von mehreren OncoCoaches erwähnt (bspw. „gemeinsame Workshops“, „engere Zusammenarbeit, mehr Kommunikation“, „gemeinsame Besprechung“). Die Hierarchien im Arbeitskontext wurden auch hier erwähnt: „Wertschätzung, Zusammenarbeit alles auf Augenhöhe“. Ein schnellerer Austausch zur Problemlösung wurde ebenfalls mehrfach erwähnt, zum Beispiel: „frühere Reaktion auf Probleme“ und „schneller Lösungen zu finden“. Im Rahmen des dritten Erhebungszeitpunktes gaben 15 OncoCoaches (52 %, 7 IG, 8 VG II) an, dass sie Verbesserungsmöglichkeiten sahen und 11 trugen etwas ein. Hierbei wurde auch nochmal der Aspekt der einseitigen Kommunikation aufgegriffen: „Informationen laufen eher einseitig (von uns an andere) anders herum wäre auch schön“, was auch zu T0 und T1 erwähnt wurde.

Nach der Schulung (zu T1) gaben 57 % (n = 31) an, dass es Palliativpflegefachkräfte gab, mit denen zusammengearbeitet wurde. Dass es dabei eine Palliativpflegefachkraft als konkrete*n Ansprechpartner*in gab, bejahten 38 % (n = 21). Einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal der eigenen Versorgungseinrichtung nach Abschluss der Schulung bestätigten 24 (44 %) der OncoCoaches und analog einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit Palliativpflegefachkräften 11 (20 %).

Im Rahmen der letzten Befragung zu T6, welche am Ende der Studienlaufzeit stattfand, gaben 12 (41 %, 6 IG, 6 VG II) OncoCoaches an, dass sie eine KoPP als konkrete*n Ansprechpartner*in haben. Hinsichtlich der Veränderung der Zusammenarbeit mit den KoPP über die Projektlaufzeit wurde 6 Mal (21 %, 2 IG, 4 VG II) angegeben, dass sich diese positiv verändert hat, 1 Mal (3 %, 1 IG) negativ und 11 Mal „unverändert“ (38 %, 5 IG, 6 VG II). 11 Mal wurde keine Angabe (38 %, 2 IG, 9 VG II) gemacht. Innerhalb des Freitextfeldes erläuterten mehrere Personen, dass die Zusammenarbeit mit den KoPPs enger geworden sei und man mit dem

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Konzept der KoPP zufrieden sei bzw. es als sinnvoll erachte (bspw. „Enger Austausch, gutes Feedback, Aufbau neuer Strukturen i.S. der Early Integration, positives Feedback“). Einmal wurde erwähnt, dass bedauert wurde, dass keine Zusammenarbeit stattfand („Es hat leider keine Zusammenarbeit stattgefunden“) und auch einmal, dass die KoPP nicht in Anspruch genommen wurde, da sie von dem*der Patient*in nicht gewollt war. Hinsichtlich der Veränderung der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal über die Projektlaufzeit nannten 11 der Befragten (38 %, 4 IG, 7 VG II) eine positive Veränderung, 1 Person (3 %, 1 IG) eine negative, 12 (41 %, 5 IG, 7 VG II) keine Veränderung und 5 (17 %, 1 IG, 4 VG II) machten keine Angabe.

In **Abschnitt H der zweiten OncoCoach-Befragung nach der Schulung (T1,** Tabelle 118**) respektive Abschnitt F zu T6** (Tabelle 119) wurden **Angaben zur Tätigkeit und dem Arbeitsalltag** der geschulten Personen auf Basis selbst entwickelter Items gefragt. 3 (6 %) der der befragten Personen zu T1 erhielten eine Gehaltsanpassung aufgrund der abgeschlossenen Schulung. Das Gefühl, dass sich die Schulung positiv auf die eigene berufliche Qualifikation auswirkte, hatten 38 (70 %) Personen zu T1. Feste Zeiten für eine OncoCoach-Sprechstunde hatten rund ein Viertel (28 %, n = 15) der Befragten zu T1 und 11 (38 %, 5 IG und 6 VG II) zu T6 eingerichtet. Knapp 57 % (n = 31) haben seit Beginn der Schulung onkologische Patient*innen beraten (OncoCoaching) und ca. 44 % (n = 24) nutzten für diese Gespräche einen separaten Raum (T1). Zu T6 gaben 72 % (n = 21, 8 IG und 13 VG II) an, einen separaten Raum für die Coaching-Gespräche zu nutzen. Zu T1 gab der Großteil (n = 25, 46 %) der befragten OncoCoaches an, 6-10 Coaching-Gespräche in der letzten Woche vor der Befragung durchgeführt zu haben, gefolgt von knapp 7 % (n = 4), welche mehr als 15 Coaching-Gespräche führten. Zu T6 führte der Großteil (48 %, n = 13, 3 IG und 10 VG II) 1-5 Coaching-Gespräche, gefolgt von knapp einem Viertel (24 %, n = 7, 3 IG und 4 VG II) mit mehr als 11 Gesprächen in der vergangenen Woche vor der Befragung durch. 3 (10 %) der OncoCoaches zu T6 gaben an, keine Coaching-Gespräche in der vergangenen Woche geführt zu haben. Darauffolgend wurde die **Arbeitszufriedenheit mittels des Kurzfragebogens zur Erfassung von allgemeiner und facettenspezifischer Arbeitszufriedenheit** (Haarhaus, 2016) abgefragt. Diese wurde anhand von 6 Subskalen bzw. „Facetten“ mit jeweils 5 Items ermittelt. Im Rahmen des Fragebogens wurde eine 5-stufige Antwortskala („stimmt gar nicht“ = 1 bis „stimmt völlig“ = 5) verwendet. Die erste Facette (Cronbachs Alpha von 0,7 zu T0 und 0,41 zu T6) betrifft die Tätigkeiten der OncoCoaches. Hierbei ergab sich für die VG I ein hohes Mittel, nahe am Maximum der Antwortskala von 5 bzw. 25. Über die Zeit zu T6 hin entwickelte sich ein noch höheres Mittel, wobei das der IG etwas höher war als das der VG II.

Tabelle 118: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	4.42	0.57	4.6	22.1	0	1–5	4.26–4.58
nicht aktiv	3	4.20	0.80	4.2	21.0	0	3–5	3.29–5.11
NA	2	4.00	0.00	4.0	20.0	0	1–5	4–4

Anzahl Items: 5

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Cronbachs Alpha: 0.7

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Tabelle 119: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	4.64	0.42	4.6	23.22	10.00	1–5	4.37–4.91
VG II	16	4.49	0.44	4.6	22.44	15.79	1–5	4.27–4.71

Cronbachs Alpha: 0.41

Die zweite Facette (Cronbachs Alpha von 0,89 zu T0 und 0,71 zu T6) betrifft die Arbeitskolleg*innen, wobei sich im Mittel immer noch die vierte Antwortoption „stimmt ziemlich“ ergab. Zu T6 zeigte sich ein etwas höherer Mittelwert im Vergleich zum zweiten Erhebungszeitpunkt T1, wobei die VG II etwas höher als die IG lag. Siehe Tabelle 120 und Tabelle 121.

Tabelle 120: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 3

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	4.07	0.83	4.2	20.35	0	1–5	3.84–4.3
nicht aktiv	3	3.27	0.42	3.4	16.33	0	2–5	2.79–3.75
NA	2	4.20	0.28	4.2	21.00	0	3–5	3.81–4.59

Cronbachs Alpha: 0.89

Tabelle 121: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 3

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	4.16	0.41	4.2	20.78	10.00	2–5	3.89–4.43
VG II	16	4.31	0.47	4.3	21.56	15.79	3–5	4.08–4.54

Cronbachs Alpha: 0.71

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hinsichtlich der Entwicklungsmöglichkeiten, der dritten Facette (Cronbachs Alpha 0,86 zu T1 und 0,87 zu T6), zeigte sich zu T1 ein niedrigerer Mittelwert, welcher in Richtung der dritten Antwortoption „stimmt teilweise“ tendiert (Tabelle 122). Zu T6 ergab sich im Mittel die Tendenz zur vierten Antwortoption „stimmt ziemlich“, wobei die IG einen minimal höheren Mittelwert als die VG II aufwies (Tabelle 123).

Tabelle 122: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	3.26	0.93	3.4	15.73	3.27	1–5	3–3.52
nicht aktiv	3	3.40	0.72	3.6	17.00	0.00	1–5	2.59–4.21
NA	2	4.00	0.28	4.0	20.00	0.00	3–5	3.61–4.39

Cronbachs Alpha: 0.86

Tabelle 123: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	3.96	0.81	4.4	19.78	10.00	1–5	3.43–4.49
VG II	16	3.88	0.74	4.0	19.38	15.79	1–5	3.52–4.24

Cronbachs Alpha: 0.87

Die Bezahlung als vierte Facette (Cronbachs Alpha 0,91 zu T1 und 0,88 zu T6) ergab ebenfalls im Mittel eine mittlere Zustimmung von „stimmt teilweise“. Zu T6 (Tabelle 125) zeigte IG ein höheres Mittel als die VG II, wobei in beiden Studiengruppen vermehrt fehlende Werte (NAs) vorlagen, im Vergleich zum zweiten Erhebungszeitpunkt T1 (Tabelle 124).

Tabelle 124: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 5

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	3.14	1.11	3.4	14.88	4.08	1–5	2.83–3.45
nicht aktiv	3	2.93	1.17	3.4	14.67	0.00	1–5	1.61–4.25
NA	2	4.00	0.85	4.0	20.00	0.00	2–5	2.82–5.18

Cronbachs Alpha: 0.91

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 125: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 5

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	3.60	0.79	3.2	18.00	10.00	1–5	3.08–4.12
VG II	16	3.26	1.25	3.7	16.31	15.79	1–5	2.65–3.87

Cronbachs Alpha: 0.88

Die Items hinsichtlich der vorgesetzten Person als fünfte Facette (Cronbachs Alpha 0,85 zu T1 und 0,94 zu T6) wurden zu T1 im Mittel mit „stimmt ziemlich“ durch die Befragten bewertet. Zu T6 ergab sich im Schnitt ein höherer Mittelwert im Vergleich zum zweiten Erhebungszeitpunkt T1, wobei die VG II ein leicht höheres Mittel als die IG zeigte. Siehe Tabelle 126 und Tabelle 127.

Tabelle 126: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 6

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	4.09	0.75	4.4	20.43	0	1–5	3.88–4.3
nicht aktiv	3	3.33	0.99	3.8	16.67	0	2–5	2.21–4.45
NA	2	4.00	0.28	4.0	20.00	0	3–5	3.61–4.39

Cronbachs Alpha: 0.85

Tabelle 127: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 6

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	3.98	0.92	4.0	19.89	10.00	1–5	3.38–4.58
VG II	14	4.03	0.87	4.3	20.14	26.32	1–5	3.57–4.49

Cronbachs Alpha: 0.94

Für die Gesamtzufriedenheit als sechste Facette (Cronbachs Alpha 0,61 zu T1 und 0,72 zu T6) zeigte sich ein mittlerer Wert von „stimmt ziemlich“, der vierten Antwortoption. Zu T6 wurden niedrigere Mittelwerte erzielt, wobei sich der Anteil fehlender Werte deutlich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten unterscheidet. Die IG zeigte ein etwas höheres Mittel als die VG II, wobei nun im Mittel zur dritten Antwortoption „stimmt teilweise“ tendiert wird. Siehe Tabelle 128 und Tabelle 129.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 128: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 7

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	4.1	0.57	4.2	20.49	0	1–5	3.94–4.26
nicht aktiv	3	3.8	1.06	4.2	19.00	0	2–5	2.6–5
NA	2	3.7	0.14	3.7	18.50	0	2–5	3.51–3.89

Cronbachs Alpha: 0.61

Tabelle 129: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 7

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	3.02	0.53	3.0	15.11	10.00	1–5	2.67–3.37
VG II	15	2.95	0.64	2.8	14.73	21.05	1–5	2.63–3.27

Cronbachs Alpha: 0.72

Zusätzlich zu den 6 Facetten des Instruments wurde ein weiterer Abschnitt selbst entwickelt, welcher 6 Items bezüglich der Tätigkeit als OncoCoach enthält. Dieser Abschnitt wurde ebenfalls mit derselben 5-stufigen Antwortskala erhoben und es ergab sich ein Cronbachs Alpha von 0,76 zu T1 respektive 0,66 zu T6. Im Mittel ergab sich die dritte Antwortoption „stimmt teilweise“ zu T1 (Tabelle 130). Im Zeitverlauf zum letzten Erhebungszeitpunkt T6 stieg der Mittelwert und tendierte zur vierten Antwortoption „stimmt ziemlich“, wobei die OncoCoaches der VG II ein etwas höheres Mittel als die OncoCoaches der IG erzielten (Tabelle 131).

Tabelle 130: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 8

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	3.45	0.74	3.33	20.71	0	1–5	3.24–3.66
nicht aktiv	3	2.94	0.63	2.67	17.67	0	1–5	2.23–3.65
NA	2	3.75	0.12	3.75	22.50	0	2–5	3.58–3.92

Anzahl Items: 6

Cronbachs Alpha: 0.76

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 131: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 8

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	8	3.81	0.45	3.92	22.88	20.00	1–5	3.5–4.12
VG II	15	3.91	0.64	4.00	23.47	21.05	1–5	3.59–4.23

Cronbachs Alpha: 0.66

Der darauffolgende Unterabschnitt diente der Messung des **Arbeitsklimas am Standort der OncoCoaches mittels des validierten Instruments „Communal Social Capital of Healthcare Organizations Reported by Employees (SOCAPO-E)“** (Ansmann et al., 2020). Die 6 Items des Kurzfragebogens wurden mittels einer 4-stufigen Antwortskala („Ich stimme voll und ganz zu“ = 1 bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ = 4) abgefragt und das Cronbachs Alpha lag bei 0,96 zu T1 bzw. 0,97 zu T6. Im Mittel zeigte sich zu T1 (Tabelle 132) und auch zu T6 (Tabelle 133) die zweite Antwortoption „Ich stimme zu“, wobei zu T6 kleinere Mittelwerte erzielt wurden. Der Anteil fehlender Werte ist auch auf dieser Skala beim letzten Erhebungszeitpunkt (T6) deutlich größer als beim zweiten Erhebungszeitpunkt (T1).

Tabelle 132: Statistische Auswertung 2. OC-Befragung (T1) Abschnitt H 9

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG I	49	2.1	0.65	2	12.61	0.00	1–4	1.92–2.28
nicht aktiv	3	3.0	1.00	3	16.67	5.56	2–4	1.87–4.13
NA	2	2.0	0.00	2	12.00	0.00	2–2	2–2

Anzahl Items: 6

Cronbachs Alpha: 0.96

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Tabelle 133: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt F 9

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	1.83	0.42	1.83	11.00	10.00	1–3	1.56–2.1
VG II	15	2.17	0.86	2.17	12.87	21.93	1–4	1.73–2.61

Cronbachs Alpha: 0.97

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abschnitt H des dritten Erhebungszeitpunktes gegen Studienende (T6, Tabelle 134**)** diente der Untersuchung der **Veränderung, die durch die Einführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh im Arbeitsumfeld der OncoCoaches stattfand**. Dafür wurde das Instrument der Change Attitude Scale (Hower et al., 2019) verwendet. Dieses misst mittels 9 Items, die sich mit jeweils 3 Items auf 3 Faktoren verteilen. Es wurde eine 4-stufige Antwortskala von „Ich stimme voll und ganz zu“ (=1) bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (=4) verwendet. Die ersten 3 Items (Cronbachs Alpha 0,93) maßen die „cognitive dimension“ („what people think about the change (e.g. necessity, advantageousness“). Die Mittelwerte tendieren zur ersten Antwortoption „Ich stimme voll und ganz zu“, wobei die IG ein kleineres Mittel als die VG II erreichte.

Tabelle 134: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt H 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	1.26	0.43	1.00	3.78	10.00	1–2	0.98–1.54
VG II	15	1.47	0.48	1.33	4.27	22.81	1–2	1.23–1.71

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.93

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–4

Die zweite Dimension, „affective dimension“, beschreibt „how people feel about the change (e.g. angry, anxious).“. Die 3 Items (Cronbachs Alpha 0,78) zeigten, dass bei der VG II ein eher stärkeres negatives Gefühl (kleinerer Mittelwert) gegenüber der Veränderung durch OnCoPaTh bestand. Im Mittel tendierten jedoch beide Gruppen zur vierten Antwortoption „Ich stimme eher nicht zu“. Siehe Tabelle 135.

Tabelle 135: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt H 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	3.81	0.38	4	11.44	10.00	2–4	3.56–4.06
VG II	15	3.67	0.42	4	11.00	21.05	3–4	3.46–3.88

Cronbachs Alpha: 0.78

Die letzten 3 Items bildeten die „behavioral dimension“, welche „people’s behavior in response to the change (e.g. complaining, protesting)“ beschreibt. Die Dimension wies ein Cronbachs Alpha von 0,75 auf. Die IG zeigte hier einen minimal kleineren Mittelwert im Vergleich zur VG II, was für stärkeres negatives Verhalten der OncoCoaches dieser Studiengruppe spricht. Siehe Tabelle 136.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 136: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt H 3

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	9	3.85	0.34	4	11.56	10.00	2–4	3.63–4.07
VG II	15	3.89	0.30	4	11.67	21.05	3–4	3.74–4.04

Cronbachs Alpha: 0.75

In **Abschnitt I der T6-Befragung** (Tabelle 137) wurde die **Nutzung der Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh** abgefragt. Beratungsgespräche mit Patient*innen, sprich das OncoCoaching, gab der größte Anteil (ca. 83 %) an zu führen. Die frühzeitige Einbindung palliativer Expertise mittels einer KoPP berichteten 40 % (n = 4) der IG-OncoCoaches sowie ein etwas geringerer Anteil von 37 % (n = 7) der VG II-OncoCoaches. Konsile bzw. ein Austausch mit dem*der zuständigen Onkolog*in fanden bei insgesamt 59 % (n = 17) der befragten OncoCoaches statt. Analog fand ein Austausch mit der KoPP bei knapp einem Drittel (35 %, n = 10) der Befragten statt, wobei der Anteil in der IG mit 50 % fast doppelt so hoch war wie in der VG II mit ca. 26 %. Die KAM-Datenbank, welche ausschließlich für die IG zur Verfügung stand, wurde nach eigener Aussage von der Hälfte (n = 5) der IG-OncoCoaches genutzt. Das Dokumentationsmodul bzw. die App in der IG hingegen von 40 % (n = 4) zur persönlichen Dokumentation und 20 % (n = 2) zum patientenzentrierten Austausch mit der KoPP. Ein verstärkter interdisziplinärer Austausch im Behandlerteam fand nach Aussage der befragten OncoCoaches zu T6 insgesamt bei 31 % (n = 9) statt, wobei der Anteil in der IG mit 40 % (n = 4) größer war als in der VG II mit knapp 26 % (n = 5). Laut 69 % (n = 20) der Befragten erfolgte eine Dokumentation im eCRF, wobei der Anteil in der IG mit vier Fünfteln (n = 8) ca. ein Fünftel größer war im Vergleich zur VG II (n = 12). Das bzw. ein Logbuch zur Dokumentation der Gespräche (zw. OncoCoach*in und Patient*in, Onkolog*in und KoPP) wurde nach eigener Aussage von insgesamt 35 % (n = 10) genutzt, wobei der etwas größere Anteil der Nutzung (40 %) auch hierbei in der IG angegeben wurde. Ein Gesprächsleitfaden für die OncoCoaching-Gespräche wurde von ca. der Hälfte (55 %, n = 16) aller OncoCoaches zu T6 rückblickend genutzt. Die Nutzung war anteilig in der IG mit 70 % (n = 7) deutlich größer als in der VG II (47 %, n = 9). An den Review-Meetings in der eigenen Einrichtung nahmen relativ betrachtet fast doppelt so viele OncoCoaches der IG (70 %, n = 7) teil wie der VG II (37 %, n = 7). An den „Meet&Greet“-Veranstaltungen für die OncoCoaches und KoPPs nahmen nach eigener Aussage ebenfalls 70 % (n = 7) der OncoCoaches teil. Ein*e OncoCoach*in der VG II gab „Austausch mit Physiotherapeuten, Ernährungsteam, Psychoonkologen, je nach Bedarf etc.“ unter Sonstiges Element der neuen Versorgungsform OnCoPaTh an, wobei sich dieser Punkt auch unter den Aspekt eines stärkeren interdisziplinären Austausch im Behandlerteam, insb. eben mit weiteren Behandlern, fassen lässt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 137: Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt I

Rückblickend wurden in unserer Einrichtung die folgenden Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh umgesetzt bzw. in Anspruch genommen…	IG	VG II	Gesamt
Beratungsgespräche mit Patient*innen (OncoCoaching)			
Nicht angekreuzt	0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,44%)
Angekreuzt	9 (90,00%)	15 (78,95%)	24 (82,76%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Frühzeitige Einbindung von Patient*innen in die palliative Versorgung durch eine konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP)			
Nicht angekreuzt	5 (50,00%)	9 (47,37%)	14 (48,28%)
Angekreuzt	4 (40,00%)	7 (36,84%)	11 (37,93%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Konsil und Austausch mit dem*der zuständigen Onkolog*in			
Nicht angekreuzt	3 (30,00%)	5 (26,32%)	8 (27,59%)
Angekreuzt	6 (60,00%)	11 (57,89%)	17 (58,62%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Konsil und Austausch mit dem*der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP)			
Nicht angekreuzt	4 (40,00%)	11 (57,89%)	15 (51,72%)
Angekreuzt	5 (50,00%)	5 (26,32%)	10 (34,48%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Wissensdatenbank über Komplementäre und Alternative Medizin (KAM)			

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rückblickend wurden in unserer Einrichtung die folgenden Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh umgesetzt bzw. in Anspruch genommen…	IG	VG II	Gesamt
Nicht angekreuzt	4 (40,00%)	/	4 (40,00%)
Angekreuzt	5 (50,00%)	/	5 (50,00%)
NA	1 (10,00%)	/	1 (10,00%)
Dokumentationsmodul (App) zur persönlichen Dokumentation			
Nicht angekreuzt	5 (50,00%)	/	5 (50,00%)
Angekreuzt	4 (40,00%)	/	4 (40,00%)
NA	1 (10,00%)	/	1 (10,00%)
Dokumentationsmodul (App) zum patient*innenzentrierten Austausch mit der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP)			
Nicht angekreuzt	7 (70,00%)	/	7 (70,00%)
Angekreuzt	2 (20,00%)	/	2 (20,00%)
NA	1 (10,00%)	/	1 (10,00%)
Ein verstärkter interdisziplinärer Austausch im Behandlerteam (OncoCoach, konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP), Onkolog*in und ggf. weitere Behandler			
Nicht angekreuzt	5 (50,00%)	11 (57,89%)	16 (55,17%)
Angekreuzt	4 (40,00%)	5 (26,32%)	9 (31,03%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Dokumentation im elektronischen Case Report Form (eCRF)			

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rückblickend wurden in unserer Einrichtung die folgenden Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh umgesetzt bzw. in Anspruch genommen…	IG	VG II	Gesamt
Nicht angekreuzt	1 (10,00%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)
Angekreuzt	8 (80,00%)	12 (63,16%)	20 (68,97%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Logbuch zur Dokumentation des OncoCoachings (Gespräche zw. Ihnen und dem*der Patient*in, Austausche von Ihnen und dem*der Onkolog*in¸ Austausche von Ihnen und dem*der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP))			
Nicht angekreuzt	5 (50,00%)	10 (52,63%)	15 (51,72%)
Angekreuzt	4 (40,00%)	6 (31,58%)	10 (34,48%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Gesprächsleitfaden für die OncoCoaching-Gespräche			
Nicht angekreuzt	2 (20,00%)	7 (36,84%)	9 (31,03%)
Angekreuzt	7 (70,00%)	9 (47,37%)	16 (55,17%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Teilnahme an den Review-Meetings zum Projektverlauf in unserer Einrichtung			
Nicht angekreuzt	2 (20,00%)	9 (47,37%)	11 (37,93%)
Angekreuzt	7 (70,00%)	7 (36,84%)	14 (48,28%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)
Teilnahme an den „Meet&Greet“-Veranstaltungen der OncoCoaches und KoPPs			

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rückblickend wurden in unserer Einrichtung die folgenden Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh umgesetzt bzw. in Anspruch genommen…	IG	VG II	Gesamt
Nicht angekreuzt	2 (20,00%)	/	2 (20,00%)
Angekreuzt	7 (70,00%)	/	7 (70,00%)
NA	1 (10,00%)	/	1 (10,00%)
Sonstiges Element der neuen Versorgungsform OnCoPaTh:			
Nicht angekreuzt	9 (90,00%)	15 (78,95%)	24 (82,76%)
Angekreuzt	0 (0,00%)	1 (5,26%)	1 (3,45%)
NA	1 (10,00%)	3 (15,79%)	4 (13,79%)

20 (69 %, 7 IG und 13 VG II) der 29 befragten OncoCoaches zu T6 gaben an, dass sie planten, die neue Versorgungsform OnCoPaTh nach offiziellem Studienende fortzuführen. 5 (17 %, 2 IG und 3 VG II) Personen äußerten explizit, dass sie keine Fortsetzung planen.

3.2.4.4 Schriftliche Befragungen – KoPPs

Im Folgenden wird die Auswertung des Instruments **„Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire“ (HLHO-10)** für die KoPPs beschrieben, welches über sieben Erhebungszeitpunkte (T0, T1 [inkl. Online-Erhebung], T2, T3, T4 und T6) hinweg erhoben wurde. Die Skala erfasst das organisationale Gesundheitsverhalten im Sinne von „health literacy responsiveness“ auf einer 7-stufigen Skala von 1 = „Überhaupt nicht“ bis 7 = „In sehr großem Maße“.

Zu T0 lag der Mittelwert der Skala bei 4,38 (SD = 0,94; 95 %-KI: 4,06–4,71; Tabelle 138), bei T1 zeigte sich ein Anstieg auf 5,12 (SD = 1,04; 95 %-KI: 4,60–5,63; Tabelle 139). Auch in der ergänzenden Online-Erhebung zu T1 (n = 339) lag der Mittelwert mit 4,32 (SD = 1,36; 95 %-KI: 4,13–4,50) im Bereich des Ausgangswerts zu T0 (Tabelle 140). Mit Beginn der C-RCT wurden separate Werte für IG und VG II erhoben. Zu T2 lag der Mittelwert in der IG bei 4,59 (SD = 1,24; 95 %-KI: 3,95–5,23), in der VG II bei 4,48 (SD = 1,05; 95 %-KI: 3,96–5,00). Die Mittelwerte und Konfidenzintervalle lagen nah beieinander (Tabelle 141). Zu T3 zeigte sich in der IG ein Mittelwert von 4,53 (SD = 0,99; 95 %-KI: 3,98–5,09) und in der VG II von 4,23 (SD = 1,13; 95 %-KI: 3,55–4,91). Auch hier überlappten die Konfidenzintervalle, wobei der Mittelwert der IG leicht höher ausfiel (Tabelle 142). Ein ähnliches Bild zeigte sich zu T4 mit 4,76 (SD = 1,57; 95 %-KI: 3,81–5,71) in der IG und 4,51 (SD = 0,64; 95 %-KI: 4,10–4,92) in der VG II (Tabelle 143). Zum letzten Erhebungszeitpunkt T6 waren die Mittelwerte in beiden Gruppen nahezu identisch: 4,89 in der IG (SD = 0,98; 95 %-KI: 4,29–5,48) und 4,86 in der VG II (SD = 0,57; 95 %-KI: 4,37–

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5,36). Die Konfidenzintervalle überlappten vollständig (Tabelle 144). Insgesamt blieb das Niveau der organisationalen Gesundheitskompetenz im Zeitverlauf stabil. Trotz leicht variierender Mittelwerte zwischen IG und VG II zeigten sich über alle Erhebungszeitpunkte hinweg keine deutlichen Unterschiede in den Konfidenzintervallen. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) bewegten sich durchgängig zwischen 0,76 und 0,89 (Tabelle 138 bis Tabelle 144).

Tabelle 138: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T0 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
VG I	39	4,38	0,94	4,28	1-7	4,06 – 4,71
NA	5					

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.77
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 139: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T1 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
VG I	18	5,12	1,04	4,89	1-7	4,60 – 5,63
NA	0					

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.86
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 140: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T1 (online) - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
VG I	339	4,32	1,36	4,33	1-7	4,13 – 4,50
NA	136					

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.89
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 141: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T2 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	17	4,59	1,24	5,11	0	1-7	3,95 – 5,23
VG II	19	4,48	1,05	4,94	1	1-7	3,96 – 5,00
NA	1						

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.88
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 142: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	17	4,53	0,99	4,44	2	1-7	3,98 – 5,09
VG II	17	4,23	1,13	4,63	4	1-7	3,55 – 4,91
NA	6						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.83
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 143: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	15	4,76	1,57	5,00	2	1-7	3,81 – 5,71
VG II	14	4,51	0,64	4,44	2	1-7	4,10 – 4,92
NA	4						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.77
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Tabelle 144: Ergebnisse des HLHO-10 zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	4,89	0,98	4,33	1	1-7	4,29 – 5,48
VG II	12	4,86	0,57	4,61	4	1-7	4,37 – 5,36
NA	5						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.76
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–7

Die Subskala **„Kommunikation und Teamwork“ des UWE-IP (Kommunikation und interprofessionelle Interaktion im beruflichen Umfeld)** wurde zu insgesamt sechs Erhebungszeitpunkten eingesetzt (T0, T1 [inkl. Online-Erhebung], T2, T3, T4 und T6). Die Antwortskala reichte von 1 („Ich stimme voll und ganz zu“) bis 4 („Ich stimme überhaupt nicht zu“), wobei niedrigere Werte eine positivere Selbsteinschätzung implizieren. Der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Summenscore liegt theoretisch zwischen 9 und 36, wobei Werte zwischen 9 und 20 eine positive Selbsteinschätzung der Kommunikations- und Teamfähigkeit abbilden.

Zu T0 zeigte sich ein mittlerer Summenwert von 15,83 (95%-KI: 14,78–16,88; Cronbachs Alpha: 0,64; Tabelle 145). Dieser blieb auch zu T1 mit 16,28 (95%-KI: 14,30–18,26; α = 0,79) sowie in der Online-Befragung zu T1 mit 15,52 (95%-KI: 15,00–16,03; α = 0,70) in einem vergleichbaren Bereich (Tabelle 146 und Tabelle 147). Die Werte deuten auf eine insgesamt positive bis neutrale Selbsteinschätzung der Kommunikations- und Teamarbeitsfähigkeiten hin.

Mit Beginn der C-RCT zu T2 unterschieden sich die Mittelwerte zwischen IG (IG: 15,56; 95%-KI: 13,86–17,27) und VG II (VG II: 16,50; 95%-KI: 15,37–17,63) nur geringfügig, wobei sich die Konfidenzintervalle deutlich überlappen (Tabelle 148). Auch in den folgenden Erhebungszeitpunkten T3, T4 und T6 bewegten sich die Mittelwerte der Gruppen in einem ähnlichen Bereich (Tabelle 149 bis Tabelle 151). Während sich zu T4 in der IG ein leicht niedrigerer Mittelwert beobachtet wurde (14,67; 95%-KI: 12,76–16,57) als in der VG II (16,58; 95%-KI: 14,95–18,22; (Tabelle 150), lagen die Werte zu T6 wieder näher beieinander (IG: 16,54; 95%-KI: 14,39–18,68 vs. VG II: 16,33; 95%-KI: 13,96–18,70; Tabelle 151). Insgesamt zeigen die Ergebnisse über alle Zeitpunkte hinweg stabile Einschätzungen im positiven Bereich, ohne klare Gruppenunterschiede.

Die Subskala **„Interprofessionelle Interaktion“ des UWE-IP** wurde auf Basis von ursprünglich neun Items konzipiert. Im Rahmen dieser Studie wurde jedoch ein Item (Item 8) nicht erhoben. Zudem wurde die Skala irrtümlich 4-stufig statt 5-stufig umgesetzt. Aus diesen Gründen ist eine inhaltliche Bewertung anhand standardisierter Schwellenwerte nicht möglich; die folgenden Angaben sind daher als deskriptive Ergebnisdarstellung zu verstehen.

Zu T0 lag der Mittelwert bei 20,35 (95%-KI: 18,98–21,72; α = 0,84; Tabelle 152), zu T1 bei 20,83 (95%-KI: 19,30–22,37; α = 0,69; Tabelle 153) und in der Online-Befragung zu T1 bei 21,23 (95%-KI: 20,66–21,79; α = 0,78; Tabelle 154). Zu T2 waren die Werte für IG (20,56; 95%-KI: 19,00–22,12) und VG II (21,11; 95%-KI: 19,63–22,60) weitgehend vergleichbar (Tabelle 155, Tabelle 154). Auch zu T3, T4 und T6 blieben die Mittelwerte insgesamt stabil mit nur geringen Schwankungen zwischen den Gruppen (z. B. T6: IG 21,50; VG II 20,71). Die Konfidenzintervalle zeigten in allen Fällen eine deutliche Überlappung, sodass keine relevanten Unterschiede erkennbar wurden (Tabelle 156 bis Tabelle 158).

Tabelle 145: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T0 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
VG I	39	15,83	3,05	16,00	9 - 22	14,78 – 16,88
NA	4					

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.64
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 9-36

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 146: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T1 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
VG I	18	16,28	3,05	16,00	9-24	14,30 – 18,26
NA	0					

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.79
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 9-36

Tabelle 147: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T1 (online) - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
VG I	339	15,52	3,58	16,00	9-26	15,00 – 16,03
NA	153					

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.70
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 9-36

Tabelle 148: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T2 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
IG	17	15,56	3,20	17,00	1	10-19	13,86 – 17,27
VG II	19	16,50	2,28	17,00	1	12-22	15,37 – 17,63
NA	2						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.65
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 9-36

Tabelle 149: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
IG	17	16,00	3,21	16,00	3	9-22	14,15 – 17,85
VG II	17	15,82	3,79	16,00	6	9-22	13,27 – 18,36
NA	9						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.80
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 9-36

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 150: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	15	14,67	3,44	15,00	0	9-18	12,76 – 16,57
VG II	14	16,58	2,57	17,00	2	12-20	14,95 – 18,22
NA	2						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.73
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 9-36

Tabelle 151: Ergebnisse des UWE-IP „Kommunikation und Teamwork“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	16,54	3,55	17,00	1	9-22	14,39 – 18,68
VG II	12	16,33	3,08	18,00	3	11-19	13,96 – 18,70
NA	4						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.67
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 9-36

Tabelle 152: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T0 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
VG I	39	20,35	3,93	21,00	8-30	18,98 – 21,72
NA	5					

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.84
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 8-32

Tabelle 153: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T1 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
VG I	18	20,83	3,09	21,00	12-25	19,30 – 22,37
NA	0					

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.69
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 8-32

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 154: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T1 (online) - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
VG I	339	21,23	3,84	21,00	10-32	20,66 – 21,79
NA	158					

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.78
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 8-32

Tabelle 155: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T2 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
IG	17	20,56	2,92	21,00	1	14-26	19,00 – 22,12
VG II	19	21,11	2,99	21,50	1	16-26	19,63 – 22,60
NA	2						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.70
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 8-32

Tabelle 156: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T3 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
IG	17	21,33	1,95	21,00	2	18-25	20,25 – 22,40
VG II	17	22,00	2,52	22,50	5	17-25	20,40 – 23,60
NA	7						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.43
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 8-32

Tabelle 157: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T4 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich[2]	95%-KI
IG	15	21,21	3,07	23,00	1	16-25	19,44 – 22,99
VG II	14	20,40	2,07	20,00	4	17-24	18,92 – 21,88
NA	5						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.73
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 8-32

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 158: Ergebnisse des UWE-IP „Interprofessionelle Interaktion“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	Summen-Mittelwert	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	21,50	2,39	22,50	2	17-24	19,98 – 23,02
VG II	12	20,71	3,35	20,00	5	18-27	17,61 – 23,81
NA	7						

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.70
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 8-32

Kontinuität der Versorgung (T0-T6) – Selbstentwickelter Fragebogen

Die Ergebnisse zur Kontinuität der Versorgung im OnCoPaTh-Projekt basieren auf einem selbstentwickelten Fragebogen, der in mehreren Erhebungszeiträumen eingesetzt wurde (Anlage 14 Tabellen 1 bis 7). Der Vergleich zwischen den Gruppen VG I (T0–T1) und VG II/IG (T2–T6) erlaubt differenzierte Rückschlüsse auf die Entwicklung im Projektverlauf sowie auf potenzielle Effekte der durchgeführten Interventionen (IG vs. VG II).

Einbindung in die Versorgung

In allen Gruppen erfolgt die Einbindung der KoPPs primär durch Krankenhäuser (VG I: 77 %, IG: 65 %, VG II: 79 %), gefolgt von hausärztlichen Praxen (VG I: 59 %, IG: 59 %, VG II: 63 %) und Angehörigen (VG I: 56 %, IG: 71 %, VG II: 63 %). Die direkte Einbindung durch Patient*innen liegt in der VG I bei 36 %, in der IG bei 59 % und in der VG II bei 37 %.

Hinsichtlich des Zeitpunkts der Einbindung ergibt sich ein eher kritisches Bild:

- In der VG I bewerten nur 18 % den Einbezug als „genau richtig“, 15 % als „zu spät“.
- In der IG liegt der Anteil „genau richtig“ bei 12 %, „zu spät“ bei 53 %.
- In der VG II bewerten lediglich 5 % den Zeitpunkt als „genau richtig“, 63 % als „zu spät“.

Dies weist auf einen Anstieg der wahrgenommenen Verspätung der Einbindung im Projektverlauf hin.

Erhalt von Informationen

Die Analyse der Befragungsergebnisse zeigt deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit der KoPPs mit dem Erhalt behandlungsrelevanter Informationen, je nachdem, ob es sich um informelle oder institutionelle Informationsquellen handelt. Insgesamt werden Informationen, die von Patient*innen oder deren Angehörigen stammen, signifikant positiver bewertet als solche, die von professionellen Versorger*innen übermittelt werden.

Mit Informationen direkt von Patient*innen zeigten sich 38 % der KoPPs in der VG I sehr zufrieden, 35 % in der IG und 32 % in der VG II. Auch Informationen von Angehörigen wurden insgesamt als hilfreich empfunden (VG I: 36 %, IG: 29 %, VG II: 37 % sehr zufrieden). Demgegenüber fällt die Zufriedenheit mit dem Informationsfluss aus der hausärztlichen Praxis deutlich geringer aus. In der VG I zeigten sich lediglich 3 % der KoPPs sehr zufrieden mit der Qualität und Vollständigkeit der erhaltenen Informationen, in der IG wurde keine einzige sehr zufriedenstellende Bewertung abgegeben, in der VG II lag der Anteil bei nur 6 %.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Noch markanter ist der Unterschied bei der Bewertung der hämato-onkologischen Praxen: Während in der Ausgangserhebung (VG I) noch 64 % der KoPPs angaben, mit den erhaltenen Informationen aus diesen Praxen sehr zufrieden zu sein, sank dieser Anteil in der IG auf 0 %. Auch in der VG II fiel der Anteil mit 11 % deutlich geringer aus. Diese Entwicklung ist besonders bemerkenswert, da sie auf einen substanziellen Rückgang der Zufriedenheit mit der Informationsweitergabe aus der spezialisierten onkologischen Regelversorgung in der IG hindeutet.

Der Informationsfluss aus Krankenhäusern wurde ebenfalls zurückhaltend bewertet: Nur 8 % der KoPPs in der VG I und der IG waren sehr zufrieden, in der VG II waren es 11 %. Damit zeigt sich, dass auch im Projektverlauf keine substanziellen Verbesserungen im Hinblick auf die Kommunikation seitens der stationären Versorgung erzielt werden konnten.

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf eine anhaltende Informationslücke an den Schnittstellen zur professionellen Versorgung hin. Während informelle Quellen wie Patient*innen und Angehörige eine tragende Rolle bei der Informationsweitergabe einnehmen, bleibt der strukturierte und umfassende Informationsfluss aus zentralen medizinischen Einrichtungen deutlich hinter den Erwartungen zurück.

Weitergabe von Informationen

Die Zufriedenheit der KoPPs mit der eigenen Informationsweitergabe variiert deutlich je nach Adressat*in. Insgesamt wird die Informationsweitergabe an Patient*innen und Angehörige deutlich positiver bewertet als die Kommunikation mit institutionellen Versorger*innen.

Mit der eigenen Weitergabe von Informationen an Patient*innen zeigten sich in der VG I 38 % der KoPPs sehr zufrieden. In der IG stieg dieser Anteil auf 59 %, in der VG II lag er bei 44 %. Auch bei der Informationsweitergabe an Angehörige zeigt sich eine positive Entwicklung: Während in der VG I 36 % der Befragten sehr zufrieden waren, erhöhte sich dieser Anteil in der IG auf 65 %, in der VG II auf 41 %.

Deutlich zurückhaltender wird die eigene Informationsweitergabe an institutionelle Akteure eingeschätzt. So bewerteten in der VG I nur 13 % der KoPPs ihre Weitergabe an die hausärztliche Praxis als sehr zufriedenstellend. In der IG lag dieser Anteil bei 24 %, in der VG II lediglich bei 5 %. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich gegenüber der hämato-onkologischen Praxis: VG I 8 %, IG 24 %, VG II 8 %. Die Informationsweitergabe an das Krankenhaus wurde in der VG I ebenfalls nur von 8 % der KoPPs als sehr zufriedenstellend eingeschätzt, in der IG stieg der Anteil auf 29 %, in der VG II lag er bei 17 %.

Insgesamt ist festzuhalten, dass in der IG eine moderate Steigerung der Zufriedenheit mit der eigenen Informationsweitergabe an professionelle Akteure erkennbar ist. Dennoch verbleibt die Bewertung auf einem eher zurückhaltenden Niveau, was auf weiterhin bestehende Herausforderungen im strukturierten und adressatengerechten Informationsaustausch mit medizinischen Einrichtungen hindeutet.

Kommunikationswege

Bei der Betrachtung der genutzten Kanäle zur Informationsweitergabe zeigt sich über alle Erhebungszeitpunkte hinweg ein konstant traditionelles Kommunikationsverhalten. Die mündliche Kommunikation im direkten Gespräch stellt dabei den mit Abstand wichtigsten Informationsweg dar, insbesondere im Kontakt mit Angehörigen: In der VG I gaben 85 % der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

KoPPs an, Informationen auf diesem Weg weiterzugeben, in der IG waren es 88 %, in der VG II sogar 94 %.

Auch das Fax bleibt ein häufig genutztes Medium, insbesondere im Austausch mit Krankenhäusern. In der VG I nutzten 54 % der KoPPs diesen Kanal zur Informationsübermittlung an stationäre Einrichtungen, in der IG waren es 47 % und in der VG II 58 %. Trotz der Verfügbarkeit digitaler Alternativen bleibt das Fax damit ein zentrales Element der beruflichen Kommunikation.

Die Nutzung von E-Mail als elektronischem Kommunikationsmittel ist insgesamt niedrig ausgeprägt. Selbst im besten Fall, bei der Weitergabe von Informationen an Krankenhäuser in der IG, liegt der Anteil der KoPPs, die diesen Kanal nutzen, bei lediglich 13 %. Noch auffälliger ist die durchgängige Abwesenheit strukturierter digitaler Plattformen wie App-basierter Kommunikation: In allen Gruppen gaben 0 % der Befragten an, solche Systeme im Rahmen ihrer Informationsweitergabe einzusetzen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine Digitalisierung des Informationsaustauschs bislang nicht stattgefunden hat. Weder die Interventionsmaßnahmen noch der Zeitverlauf im Projekt haben zu einer nennenswerten Veränderung der Kommunikationskanäle beigetragen. Die Koordination zwischen Versorger*innen erfolgt weiterhin überwiegend analog und damit potenziell fehleranfällig sowie zeitintensiv.

Häufigkeit der Weitergabe

Die Angaben zur Häufigkeit der Informationsweitergabe verdeutlichen Unterschiede in der Regelmäßigkeit des Austauschs zwischen informellen und institutionellen Empfängergruppen. Besonders häufig werden Informationen an Angehörige weitergegeben: In der VG I gaben 59 % der KoPPs an, Angehörige „immer“ zu informieren. Dieser Anteil stieg in der IG auf 76 % an, während er in der Kontrollgruppe (VG II) bei 58 % lag.

Im Vergleich dazu erfolgt die kontinuierliche Informationsweitergabe an Patient*innen deutlich seltener. In der VG I gaben 18 % der KoPPs an, Patient*innen stets zu informieren. In der IG stieg dieser Anteil leicht auf 29 %, in der VG II lag er bei 17 %. Diese Werte könnten auf eine zunehmende Nutzung von Angehörigen als Mittler*innen im Informationsfluss hindeuten, insbesondere in komplexen Versorgungssituationen.

Die hausärztliche Praxis wird in der IG häufiger regelmäßig in den Informationsfluss eingebunden als in den anderen Gruppen: Während in der VG I 28 % der KoPPs angaben, immer Informationen an Hausärzt*innen weiterzugeben, lag der Anteil in der IG bei 35 %, in der VG II lediglich bei 16 %. Dies deutet auf einen möglichen positiven Effekt der Intervention auf die Regelmäßigkeit der Informationsweitergabe an zentrale medizinische Partner hin – wenn auch auf eher niedrigem Niveau.

Insgesamt bleibt jedoch festzuhalten, dass die Informationsfrequenz an institutionelle Akteure nach wie vor hinter dem Austausch mit informellen Bezugspersonen zurückbleibt, was auf bestehende Lücken in der Versorgungskontinuität an professionellen Schnittstellen verweist.

Erhalt relevanter Informationen

Die Einschätzung der KoPPs zum vollständigen Erhalt aller relevanten Informationen von institutionellen Versorger*innen fällt durchweg kritisch aus. Die Anteile derjenigen, die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

angaben, immer alle für die Versorgung erforderlichen Informationen zu erhalten, bewegen sich in allen Gruppen auf einem niedrigen Niveau – unabhängig von Erhebungszeitpunkt oder Gruppenstatus.

Von der hausärztlichen Praxis berichteten in der VG I lediglich 5 % der KoPPs von einem vollständigen Informationsfluss. In der IG und VG II lag dieser Anteil jeweils nur unwesentlich höher bei 6 %. Auch die hämato-onkologischen Praxen schneiden in dieser Hinsicht schlecht ab: In der VG I gaben 13 % der KoPPs an, immer alle notwendigen Informationen zu erhalten, in der IG und VG II waren es jeweils nur 6 %.

Etwas besser fällt die Bewertung des Informationsflusses aus dem Krankenhaus aus: Hier lag der Anteil der „Immer"-Angaben in der VG I bei 8 %, in der IG bei 12 % und in der VG II bei 11 %. Dennoch bleibt auch hier der Informationsfluss weit von einem zufriedenstellenden Niveau entfernt.

Diese Ergebnisse weisen auf persistierende Defizite in der Übermittlung relevanter Informationen durch institutionelle Akteure hin. Weder die Intervention noch der Projektverlauf insgesamt konnten zu einer substanziellen Verbesserung beitragen. Die lückenhafte Informationsweitergabe an KoPPs stellt damit weiterhin eine zentrale Herausforderung für die Kontinuität der Versorgung dar, insbesondere im Hinblick auf die Abstimmung zwischen ambulanter Palliativversorgung und kurativer Regelversorgung.

Dokumentationsform

Die Dokumentationspraxis der KoPPs zeigt über alle Erhebungszeiträume hinweg ein stabiles Bild. Die computerbasierte Dokumentation stellt in allen Gruppen das zentrale Medium dar: In der VG I und der VG II dokumentierten jeweils 79 % der KoPPs ihre Versorgungstätigkeiten primär am Computer, wobei in der IG der Anteil mit 76 % nur geringfügig darunter lag.

Ergänzend nutzen zwischen 29 % und 33 % der Befragten mobile Endgeräte wie Tablets oder Smartphones für die Dokumentation. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass digitale Ergänzungsformate punktuell zum Einsatz kommen, jedoch keine substanzielle Veränderung in Richtung stärkerer Digitalisierung erkennbar ist.

Ein klares Trendmuster, etwa in Form eines systematischen Anstiegs mobiler oder digital vernetzter Dokumentationsformen im Zeitverlauf, lässt sich nicht nachweisen. Die Ergebnisse sprechen somit für eine weitgehend etablierte, aber nur begrenzt weiterentwickelte Dokumentationspraxis im Arbeitsalltag der KoPPs.

Art der weitergegebenen Informationen

Die Art und der Umfang der übermittelten Informationen unterscheiden sich je nach Adressat*in deutlich. Besonders ausführlich werden Angehörige informiert, insbesondere über pflegerisch und emotional bedeutsame Themen. So gaben in der VG I 87 % der KoPPs an, Angehörige über Änderungen im Medikationsplan zu informieren. In der IG lag dieser Anteil bei 76 %, in der VG II bei 58 %. Auch Informationen zur Pflegebedürftigkeit wurden regelmäßig weitergegeben (VG I: 67 %, IG: 76 %, VG II: 63 %).

Auffällig ist der starke Anstieg bei der Weitergabe sensibler Informationen zum Versterben von Patient*innen: Während in der VG I 33 % der KoPPs angaben, entsprechende Informationen an Angehörige weiterzugeben, stieg dieser Anteil in der IG auf 65 % an. In der VG II lag der Anteil mit 37 % dagegen nur geringfügig über dem Ausgangsniveau.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Gegensatz dazu erhalten institutionelle Akteure, wie z. B. Krankenhäuser, Pflegeversicherungen oder Kostenträger, deutlich selektivere Informationen. Insbesondere psychosoziale Inhalte oder Mitteilungen über den Tod von Patient*innen werden selten übermittelt. Diese Zurückhaltung kann auf strukturelle Hürden im interprofessionellen Austausch hinweisen, möglicherweise aber auch auf Unsicherheiten im Umgang mit sensiblen Daten oder auf mangelnde standardisierte Kommunikationsprozesse.

Insgesamt wird deutlich, dass die KoPPs ihre Informationsweitergabe stark adressatenbezogen steuern: Während Angehörige umfassend informiert werden, bleibt der Informationsfluss an institutionelle Versorger*innen inhaltlich eingeschränkt. Dies stellt ein potenzielles Risiko für Brüche in der Versorgungskontinuität dar.

Strukturierter Informationsaustausch

Ein zentraler Indikator für die Qualität der Versorgungskontinuität ist das Vorhandensein regelmäßiger strukturierter Austauschformate zwischen den beteiligten Versorger*innen. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass solche systematischen Kommunikationsstrukturen nur in einem Teil der Fälle etabliert sind – mit insgesamt niedrigen Anteilen in allen Gruppen.

In der VG I gaben 46 % der KoPPs an, regelmäßig an einem strukturierten Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringer*innen beteiligt zu sein. In der IG lag dieser Anteil leicht niedriger bei 41 %, während in der Kontrollgruppe (VG II) lediglich 21 % der Befragten über derartige Austauschformate berichteten.

Der Vergleich zwischen IG und VG II deutet auf einen leichten positiven Effekt der Intervention hin. Dennoch verbleiben die Werte auf einem insgesamt unzureichenden Niveau. Eine flächendeckende, verlässliche Etablierung strukturierter Kommunikationswege über Sektorengrenzen hinweg konnte im Verlauf des Projekts nicht erreicht werden.

Diese Ergebnisse unterstreichen den anhaltenden Bedarf an verbindlichen Kooperationsstrukturen, um einen kontinuierlichen und abgestimmten Versorgungsprozess insbesondere für schwerkranke onkologische Patient*innen sicherzustellen.

Zufriedenheit mit der Kommunikation

Die Bewertung der Kommunikation durch die KoPPs variiert deutlich in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielgruppe. Patient*innen und Angehörige werden dabei deutlich positiver eingeschätzt als institutionelle Akteure wie Hausärzt*innen oder Krankenhäuser.

Mit der Kommunikation mit Patient*innen zeigten sich in der VG I 44 % der KoPPs sehr zufrieden. In der IG lag dieser Wert bei 35 %, in der VG II sogar bei 53 %. Auch im Hinblick auf die Kommunikation mit Angehörigen wurden hohe Zufriedenheitswerte erreicht: 36 % der Befragten in der VG I, 41 % in der IG und 47 % in der VG II beurteilten diese als sehr zufriedenstellend.

Deutlich schlechter fällt hingegen die Bewertung der Kommunikation mit institutionellen Partnern aus. Die hausärztliche Praxis wurde in der VG I nur von 3 % der KoPPs mit „sehr zufrieden“ bewertet, in der IG von keinem einzigen Befragten und in der VG II von lediglich 6 %. Auch die Kommunikation mit Krankenhäusern wird kritisch gesehen: In der VG I äußerten sich 8 % sehr zufrieden, in der IG 0 %, in der VG II 5 %.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die informelle Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen durchweg positiv eingeschätzt wird, während die Kommunikationsqualität mit zentralen medizinischen Versorger*innen durchgängig als defizitär bewertet wird. Die niedrigen Zufriedenheitswerte in der IG (v. a. im Vergleich zur VG I) legen zudem nahe, dass die Intervention keine spürbare Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation bewirken konnte.

Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Auch bei der Bewertung der interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen informellen Bezugspersonen und institutionellen Akteuren. Die Kooperation mit Angehörigen wird insgesamt sehr positiv wahrgenommen: In der VG I waren 41 % der KoPPs sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit, in der IG stieg dieser Anteil auf 53 %, in der VG II lag er bei 47 %. Ähnlich positiv wird die Zusammenarbeit mit Patient*innen eingeschätzt – mit 44 % sehr Zufriedenen in der VG I und jeweils 53 % in IG und VG II.

Dagegen fällt die Bewertung der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern durchweg kritisch aus. In der VG I und VG II lag der Anteil der „sehr zufriedenen“ KoPPs bei lediglich 5 %, in der IG wurde kein einziger Fall hoher Zufriedenheit angegeben.

Diese Befunde verdeutlichen, dass die Zusammenarbeit mit Patient*innen und Angehörigen konstant als vertrauensvoll und effektiv eingeschätzt wird. Im Gegensatz dazu bleibt die Kooperation mit Krankenhäusern ein strukturelles Problemfeld, das auch durch die im Projekt durchgeführten Interventionen nicht substanziell verbessert werden konnte. Dies unterstreicht die weiterhin bestehende Notwendigkeit gezielter Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen kurativer und palliativer Versorgung.

Nutzung der Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in Tätigkeit als KoPP (T6) – Selbstentwickelter Fragebogen

Die Erhebung zur Nutzung zentraler Versorgungsbausteine von OnCoPaTh im Erhebungszeitpunkt T6 macht deutliche Unterschiede zwischen IG und VG II sichtbar. Insgesamt zeigt sich, dass die KoPPs der IG deutlich häufiger Elemente der neuen Versorgungsform nutzen als ihre Kolleg*innen in der VG II, wenn auch mit Einschränkungen bei digitalen Anwendungen.

In der IG gaben 59 % der befragten KoPPs an, regelmäßig an Fallkonferenzen mit Ärzt*innen teilzunehmen (davon 28 % häufig, 31 % sehr häufig). Weitere 31 % berichten von gelegentlicher Teilnahme. Auch interprofessionelle Tumorkonferenzen fanden bei einem relevanten Teil der IG statt: 41 % der KoPPs nahmen häufig oder sehr häufig teil. Zudem kamen strukturierte Kommunikationsformate, wie etwa standardisierte Übergabebögen oder Protokolle, bei 35 % der Befragten regelmäßig zum Einsatz.

Dagegen ist die Nutzung digitaler Instrumente oder Plattformen zur interprofessionellen Zusammenarbeit stark eingeschränkt. Lediglich 9 % der KoPPs in der IG gaben an, diese häufig oder sehr häufig zu nutzen, während 59 % angaben, digitale Tools überhaupt nicht einzusetzen. Die Zusammenarbeit mit onkologischen Fachpraxen wurde in der IG ebenfalls aktiv gestaltet: 35 % der Befragten beschrieben die Kooperation als häufig oder sehr häufig, weitere 38 % als gelegentlich.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der VG II, in der keine strukturierte Intervention durchgeführt wurde, zeigen sich deutlich geringere Nutzungsraten. Nur 11 % der KoPPs gaben an, häufig oder sehr häufig an Fallkonferenzen mit Ärzt*innen teilzunehmen, während 53 % solche Formate gar nicht nutzten. Die Teilnahme an Tumorkonferenzen war in der VG II stark unterrepräsentiert: 76 % der KoPPs nahmen nie teil, nur 6 % gelegentlich. Auch strukturierte Kommunikationsinstrumente wurden kaum genutzt (65 % nie, 6 % häufig). Die Nutzung digitaler Tools war in der VG II faktisch nicht existent – 88 % der Befragten nutzten sie nie, und niemand gab eine häufige oder sehr häufige Nutzung an. Die Zusammenarbeit mit onkologischen Fachpraxen fand zwar vereinzelt statt, wurde aber zumeist als unregelmäßig beschrieben – nur 12 % berichteten von einer häufigen Kooperation (Anlage 14 Tabellen 8 und 9).

Insgesamt belegt der Vergleich, dass durch die OnCoPaTh-Intervention eine intensivere Nutzung von Versorgungsbausteinen, insbesondere interprofessioneller Fallbesprechungen, angestoßen werden konnte. Gleichzeitig zeigt sich, dass strukturierte und vor allem digitale Elemente der sektorenübergreifenden Versorgung noch kaum implementiert sind – selbst in der IG. Die Daten deuten damit auf erste Umsetzungserfolge hin, machen aber auch deutliche Entwicklungsbedarfe sichtbar, insbesondere im Bereich der digitalen Kommunikation und formellen Dokumentation gemeinsamer Versorgungsprozesse.

3.2.4.5 Schriftliche Befragungen – Patient*innen

IG vs. VG II

Abbildung 146 zeigt den Anteil der Patient*innen, die von einem OC-Gespräch berichteten, getrennt nach IG und VG II über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten.

Zu Beginn (T0) lag der Anteil der Patient*innen mit OC-Gespräch in der IG bei etwa einem Drittel (ca. 33 %) und damit deutlich höher als in der VG II (ca. 20 %). In den darauffolgenden Erhebungszeitpunkten (T1–T5) näherten sich die Gruppen stark an und bewegten sich auf einem ähnlichen Niveau zwischen 50 % und 60 %. Damit zeigten sich im mittleren Verlauf keine nennenswerten Unterschiede zwischen IG und VG II.

Zum letzten Erhebungszeitpunkt (T6) blieb der Anteil der Patient*innen mit OC-Gespräch in der IG bei rund 50 % stabil, während in der VG II ein deutlicher Rückgang auf unter 40 % zu verzeichnen war.

Insgesamt ergaben sich damit Gruppenunterschiede insbesondere zu Beginn (IG > VG II) und am Ende des Beobachtungszeitraums (IG > VG II), während sich im Verlauf (T1–T5) weitgehend vergleichbare Werte zeigten.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

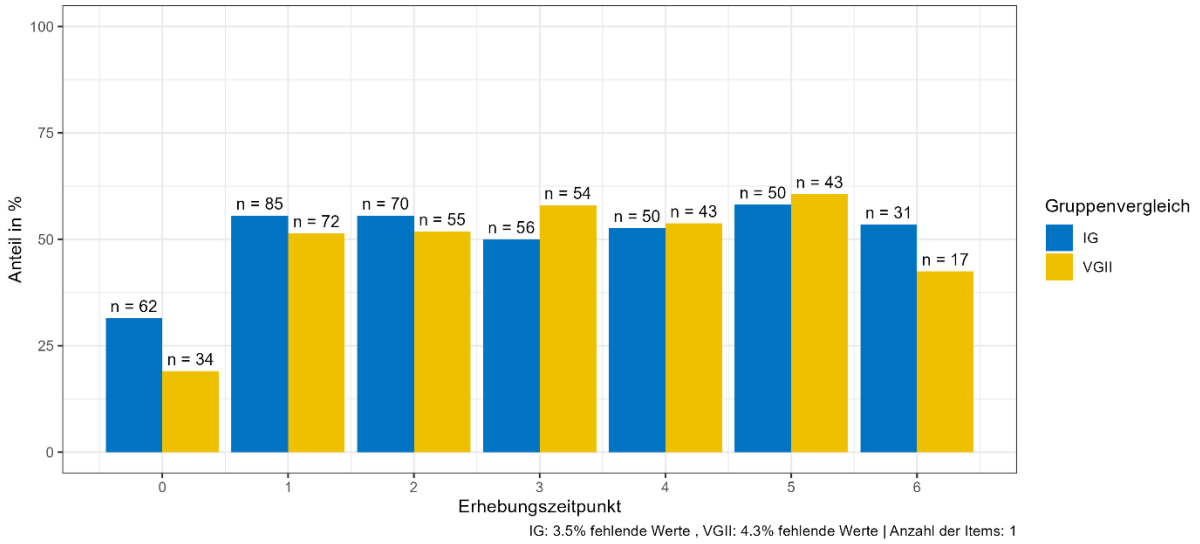


*Abbildung 146: Anteil der Patient*innen mit OC-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen IG und VG II*

Über 80% der Patient*innen, die ein OC-Gespräch führten, gaben an, dass sie mit dem OC alle wichtigen Themen besprechen konnten (siehe Abbildung 147). Der zeitliche Verlauf zeigte in beiden Gruppen initial sehr hohe Werte (IG: 82%; VG II: 100 %). Ein moderater Anstieg in der IG steht einem moderaten Rückgang in der VG II gegenüber. Zum Zeitpunkt T6 weist jedoch die VG II mit 100 % einen höheren Wert als die IG (83 %) auf. Zwischen den Gruppen zeigten sich nur zeitweise geringfügige Unterschiede.

Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 51, VG II = 29). Der Anteil fehlender Werte lag bei 5,9% (IG) bzw. 6,6% (VG II).

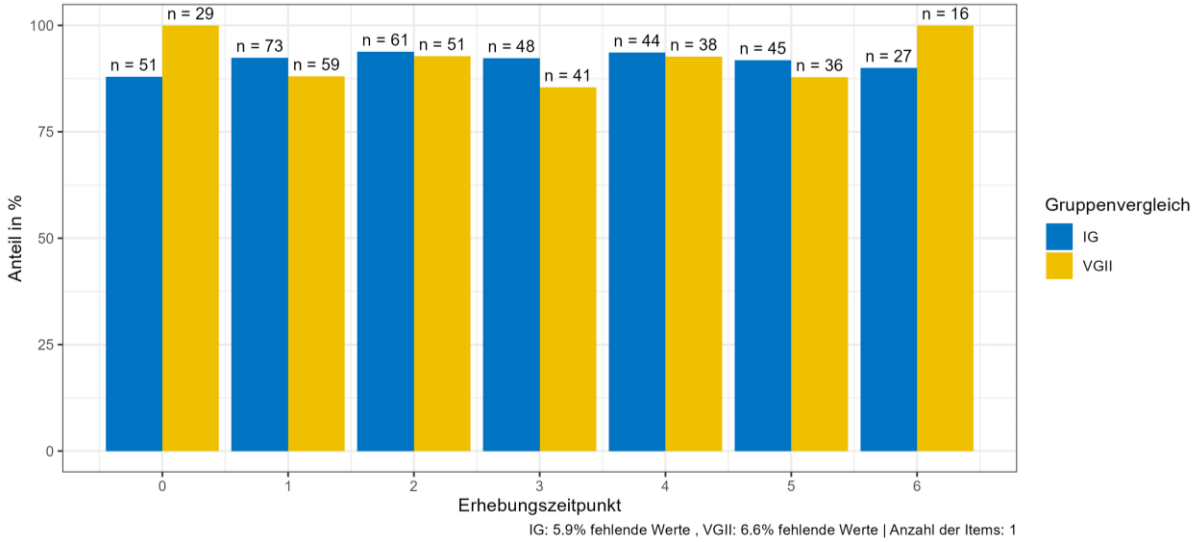


*Abbildung 147: Anteil der Patient*innen in %, die mit dem OC alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen IG und VG II*

Abbildung 148 zeigt die mittleren Summenwerte (Range: 0–8) sowie die 95%-Konfidenzintervalle zur Einstellung der Patient*innen gegenüber dem OncoCoach, getrennt nach IG und VG II über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Höhere Werte spiegeln dabei eine positivere Einstellung zum OC wider. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 60, VG II = 34).

Zu Beginn (T0) lagen die mittleren Werte in der IG mit etwa 6,5 Punkten leicht über denen der VG II (ca. 6 Punkte). Im weiteren Verlauf (T1–T6) zeigten beide Gruppen konstant hohe Mittelwerte zwischen 6 und 7 Punkten, ohne dass sich deutliche Unterschiede zwischen IG und VG II ergaben. Die 95%-Konfidenzintervalle der Gruppen überlappten zu allen Messzeitpunkten.

Zusammenfassend berichten sowohl die IG als auch die VG II über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg von einer überwiegend positiven Einstellung gegenüber dem OncoCoach. Gruppenunterschiede waren nur zu Beginn in geringem Ausmaß zugunsten der IG erkennbar, blieben jedoch insgesamt gering und statistisch nicht bedeutsam.

Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der IG unter 3,5% und in der VG II bei 4,3%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,6 als grenzwertig eingestuft werden.

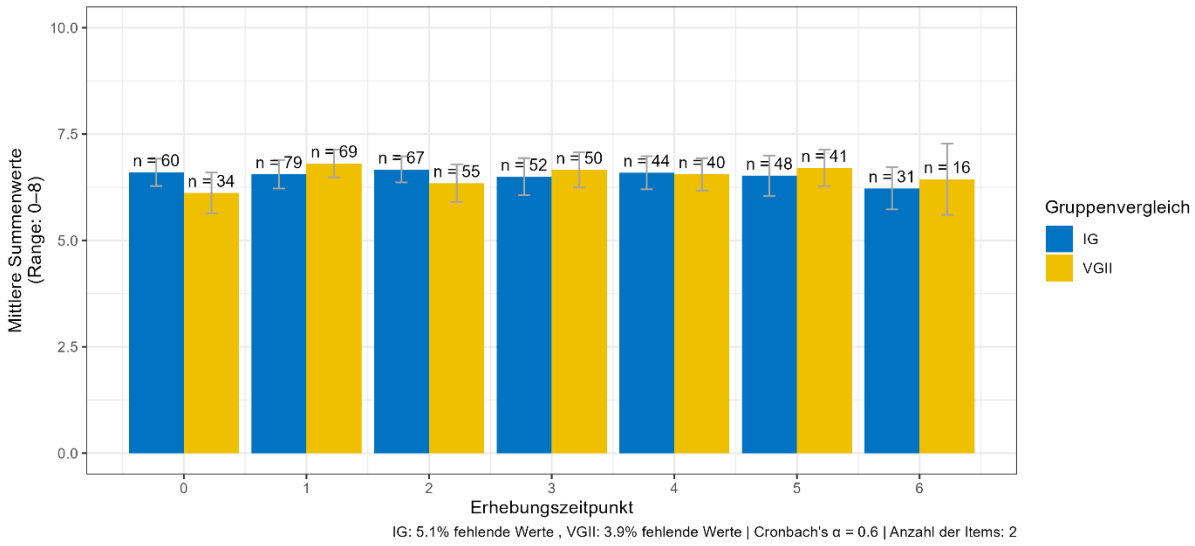


Abbildung 148: Mittlere Summenwerte zur Einstellung gegenüber dem OC und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 149 zeigt die mittleren Summenwerte (Range: 0–20) sowie die 95%-Konfidenzintervalle zur Zufriedenheit mit dem OncoCoach, getrennt nach IG und VG II über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Höhere Werte spiegeln dabei eine höhere Zufriedenheit wider. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 49, VG II = 33).

Zu Beginn (T0) lagen die Mittelwerte der IG bei rund 17 Punkten und damit leicht über jenen der VG II (ca. 16 Punkte). Im weiteren Verlauf (T1–T6) bewegten sich die Werte beider Gruppen konstant zwischen 16 und 18 Punkten. Auffällige Unterschiede zwischen IG und VG II zeigten sich dabei nicht. Die 95%-Konfidenzintervalle überlappten zu allen Messzeitpunkten.

Der Anteil fehlender Werte lag bei 6,6 % in der IG und 5 % in der VG II. Die interne Konsistenz der verwendeten Skala war mit einem Cronbachs α von 0,9 sehr hoch.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusammenfassend berichten beide Gruppen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg eine hohe Zufriedenheit mit dem OC. Relevante Gruppenunterschiede traten nicht auf.

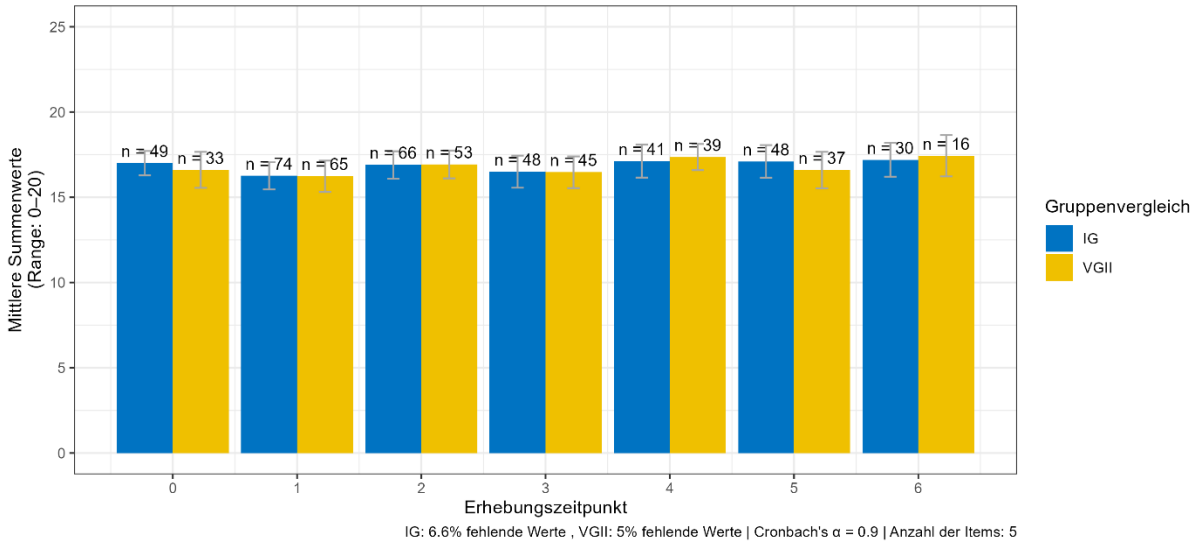


Abbildung 149: Mittlere Summenwerte zur Zufriedenheit mit dem OC und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Patient*innen bewerteten das Vertrauen zum OC auf einer 4 stufigen Likertskala (1= stimme überhaupt nicht zu, 4 = stimme voll und ganz zu). Abbildung 150 zeigt die mittlere Zustimmung sowie die 95%-Konfidenzintervalle zum Vertrauen zum OncoCoach, getrennt nach IG und VG II über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Höhere Werte spiegeln dabei ein höheres Vertrauen wider. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 58, VG II = 34).

Über alle Messzeitpunkte hinweg liegen die Mittelwerte bei 3,5, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range. Es zeigen sich nur marginale Unterschiede zwischen der IG und der VG II. Die Konfidenzintervalle überlappen durchgehend, was auf keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede hindeutet. Beide Gruppen weisen eine Stabilität der Vertrauenswerte über den gesamten Erhebungszeitraum auf.

Der Anteil fehlender Werte liegt in der IG bei 6,9% und in der VG II bei 4,4%. Diese moderaten Ausfallraten deuten auf eine insgesamt gute Datenqualität hin, wobei die IG einen geringfügig höheren Anteil fehlender Werte aufweist.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

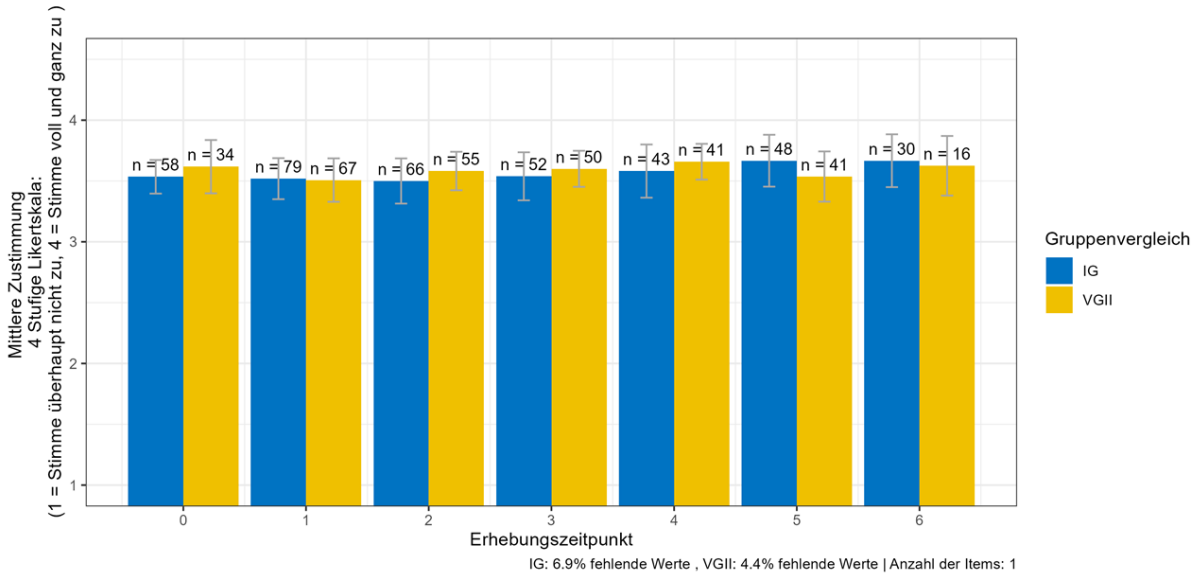


Abbildung 150: Mittleres Vertrauen zum OC und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Die Analyse der Einstellung zum KoPP-Angebot über sechs Erhebungszeitpunkte zeigt überwiegend neutrale bis leicht positive Bewertungen in beiden Untersuchungsgruppen (siehe Abbildung 151). Die mittleren Zustimmungswerte bewegte sich zwischen 1,9 und 2,6 auf der vierstufigen Skala (1 = negative, 4 = positive Einstellung zur Kontaktaufnahme), was auf eine eher zurückhaltende bis neutrale Haltung gegenüber dem KoPP-Angebot hindeutet.

Über die meisten Messzeitpunkte hinweg zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen der IG und der VG II. Auffällig ist jedoch der finale Messzeitpunkt 6, an dem die VG II (2,6) deutlich höhere Werte als die IG (2,0) aufweist, wobei sich die Konfidenzintervalle überlappen, was auf keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede hindeutet.

Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 53, VG II = 33). Der Anteil fehlender Werte ist in beiden Gruppen mit 9,2% (IG) und 9,7% (VG II) nahezu identisch.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

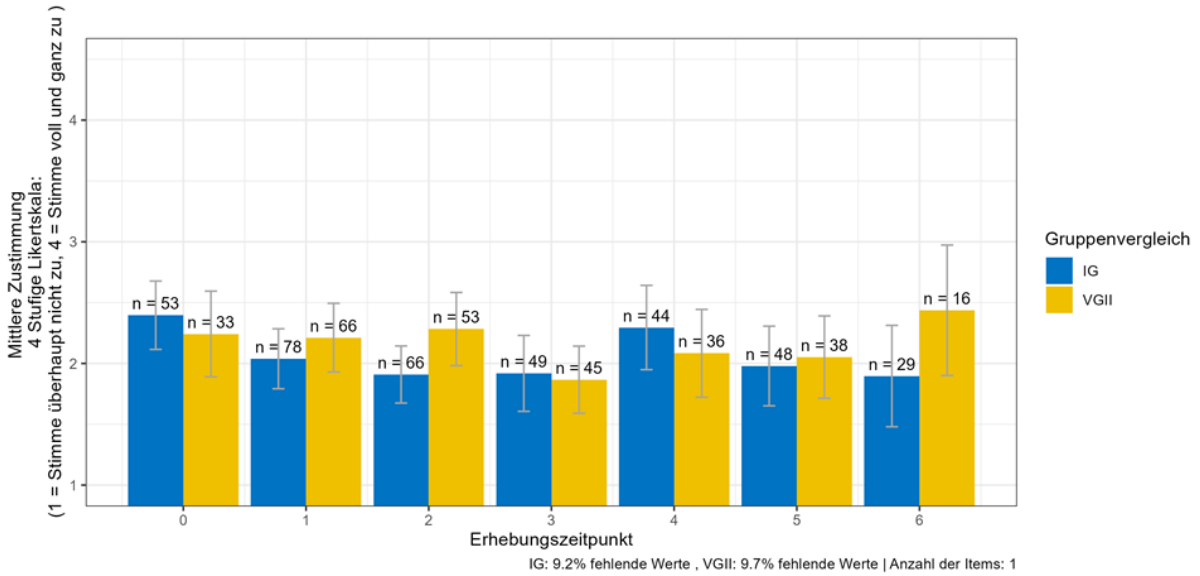


Abbildung 151: Mittlere Einstellung zum KoPP-Angebot und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Die tatsächliche Nutzung des KoPP-Angebots, gemessen am selbstberichteten Anteil der Patient*innen mit KoPP-Gesprächen, erwies sich als durchgehend niedrig (siehe Abbildung 152). Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg lagen die Anteile zwischen 5% und 22%, was auf eine geringe praktische Relevanz des Angebots für die Studienteilnehmer*innen schließen lässt.

Der Verlauf der Inanspruchnahme zeigte in beiden Gruppen zunächst einen Anstieg bis zum Zeitpunkt 2 (IG: 18%; VG II: 14%), gefolgt von einer Phase relativer Stabilität und einem deutlichen Rückgang zum Studienende (IG und VG II: 12,5%). Zwischen den Gruppen zeigen sich keine weiteren Unterschiede im Verlauf der Erhebungszeitpunkte.

Die absoluten Fallzahlen von Patient*innen mit KoPP-Gesprächen blieben sehr gering (n = 5-17), was die Interpretierbarkeit prozentualer Unterschiede einschränkt. Der Anteil fehlender Werte lag bei 4,4% (IG) bzw. 4,7% (VG II).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

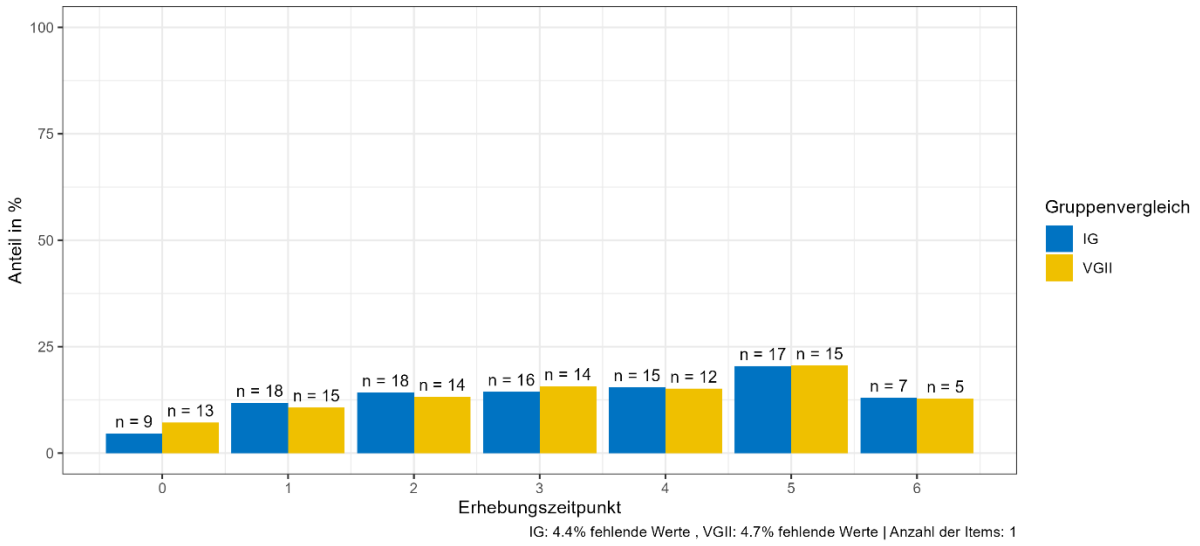


*Abbildung 152: Anteil der Patient*innen mit KoPP-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen IG und VG II*

Über 80% der Patient*innen, die ein KoPP-Gespräch führten, gaben an, dass sie mit der KoPP alle wichtigen Themen besprechen konnten (siehe Abbildung 153). Der zeitliche Verlauf zeigte in beiden Gruppen initial sehr hohe Werte (IG: 100%; VG II: 85%), einen moderaten Rückgang zu den Zeitpunkten 1 und 2, gefolgt von wieder ansteigenden Bewertungen bis zum finalen Messzeitpunkt, an dem beide Gruppen 100% erreichten. Zwischen den Gruppen zeigten sich nur zeitweise geringfügige Unterschiede, wobei die VG II zu den Zeitpunkten 2 und 3 tendenziell höhere Anteile aufwies.

Die Bewertung basiert allerdings auf sehr kleinen Stichproben (n = 5-15 je Gruppe und Zeitpunkt), was die statistische Aussagekraft der Unterschiede erheblich einschränkt. Der Anteil fehlender Werte lag bei 8% (IG) bzw. 9,1% (VG II).

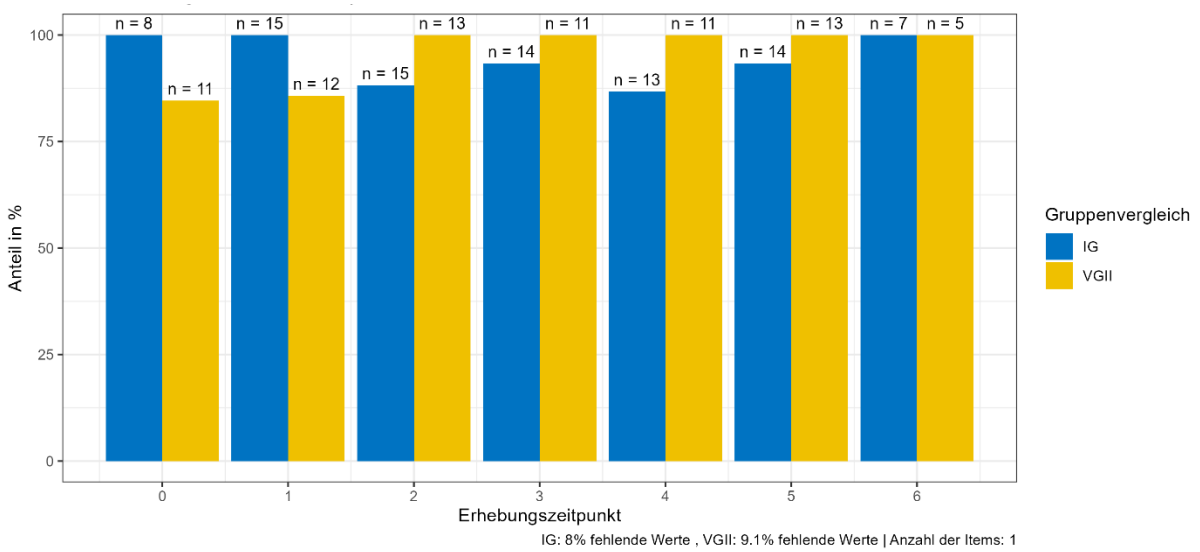


*Abbildung 153: Anteil der Patient*innen in %, die mit der KoPP alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen IG und VG II*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 154 zeigt die mittleren Summenwerte (Range: 0–8) sowie die 95%-Konfidenzintervalle zur Einstellung der Patient*innen gegenüber der KoPP, getrennt nach IG und VG II über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Höhere Werte spiegeln dabei eine positivere Einstellung zur KoPP wider. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit der KoPP geführt haben (n = 5-17 je Gruppe und Zeitpunkt).

Zu Beginn (T0) lagen die mittleren Werte in der IG mit etwa 7 Punkten leicht über denen der VG II (ca. 6,25 Punkte). Im weiteren Verlauf (T1–T6) zeigten beide Gruppen konstant hohe Mittelwerte zwischen 6 und 7,5 Punkten, ohne dass sich deutliche Unterschiede zwischen IG und VG II ergaben. Die 95%-Konfidenzintervalle der Gruppen überlappten zu allen Messzeitpunkten.

Zusammenfassend berichten sowohl die IG als auch die VG II über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg von einer überwiegend positiven Einstellung gegenüber dem OncoCoach. Gruppenunterschiede waren nur zu Beginn in geringem Ausmaß zugunsten der IG erkennbar, blieben jedoch insgesamt gering und statistisch nicht bedeutsam.

Der Anteil der fehlenden Werte je Gruppe lag in der IG unter 7% und in der VG II bei 6,8%. Die interne Konsistenz der Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von 0,65 als grenzwertig eingestuft werden.

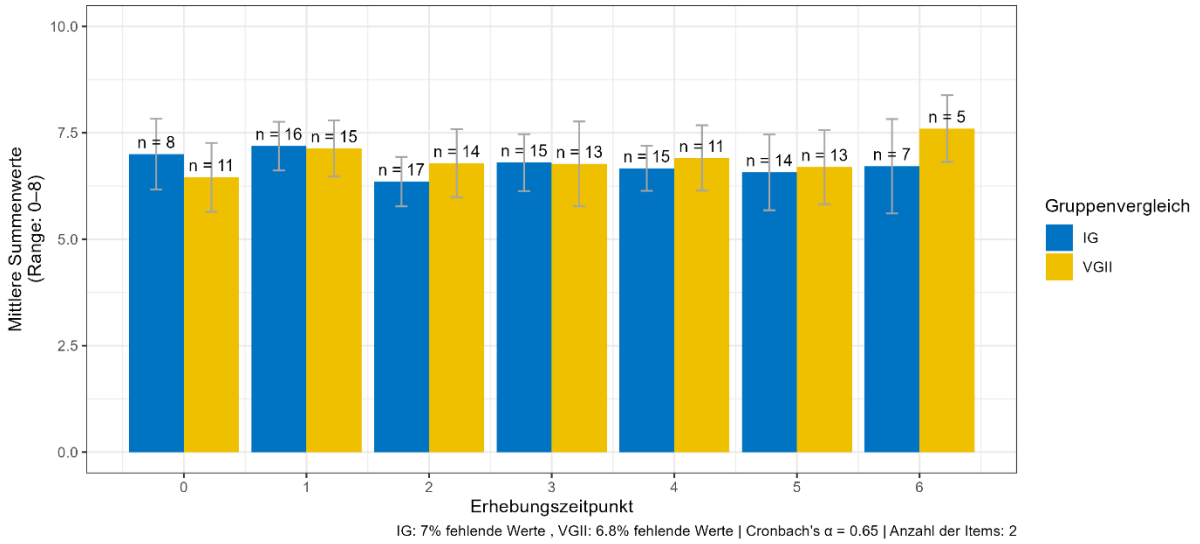


Abbildung 154: Mittlere Summenwerte zur Einstellung gegenüber der KoPP und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Abbildung 155 zeigt die mittleren Summenwerte (Range: 0–12) sowie die 95%-Konfidenzintervalle zur Zufriedenheit mit der KoPP, getrennt nach IG und VG II über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Höhere Werte spiegeln dabei eine höhere Zufriedenheit wider. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit der KoPP geführt haben (n = 5-17 je Gruppe und Zeitpunkt).

Zu Beginn (T0) lagen die Mittelwerte der Gruppen bei rund 10 Punkten. Im weiteren Verlauf (T1–T6) bewegten sich die Werte beider Gruppen konstant zwischen 9 und 11 Punkten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auffällige Unterschiede zwischen IG und VG II zeigten sich dabei nicht. Die 95%-Konfidenzintervalle überlappten zu allen Messzeitpunkten.

Der Anteil fehlender Werte lag bei 8,7 % in der IG und 6,8% in der VG II. Die interne Konsistenz der verwendeten Skala war mit einem Cronbachs α von 0,96 sehr hoch.

Zusammenfassend berichten beide Gruppen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg von einer hohe Zufriedenheit mit der KoPP. Relevante Gruppenunterschiede traten nicht auf.

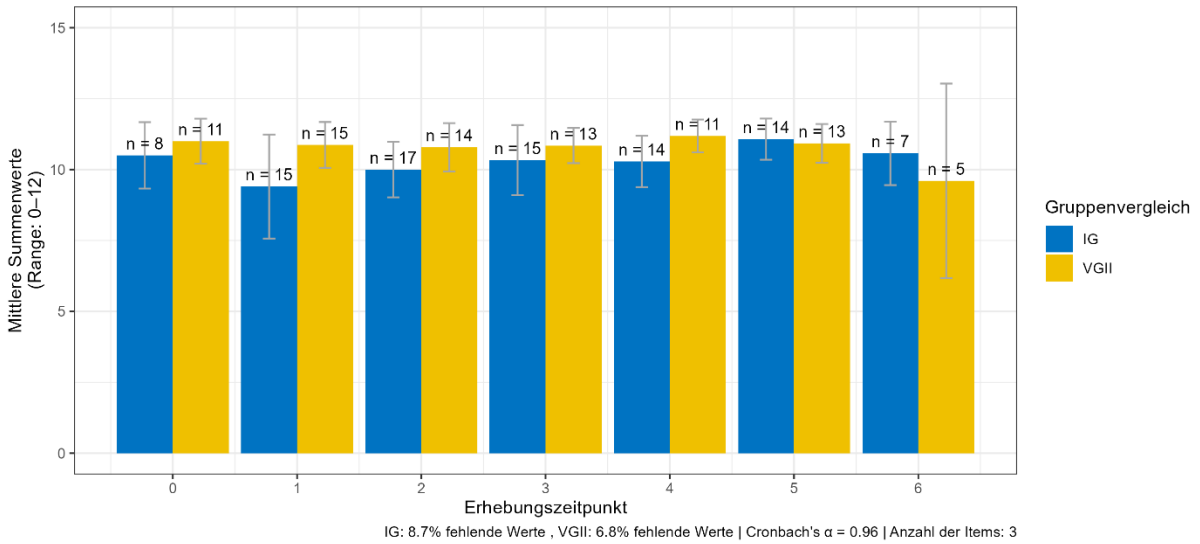


Abbildung 155: Mittlere Summenwerte zur Zufriedenheit mit der KoPP und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Patient*innen bewerteten das Vertrauen zur KoPP auf einer 4 stufigen Likertskala (1= stimme überhaupt nicht zu, 4 = stimme voll und ganz zu). Abbildung 156 zeigt die mittlere Zustimmung sowie die 95%-Konfidenzintervalle zum Vertrauen zur KoPP, getrennt nach IG und VG II über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Höhere Werte spiegeln dabei ein höheres Vertrauen wider. Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit der KoPP geführt haben (n = 5-16 je Gruppe und Zeitpunkt).

Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg liegen die Mittelwerte zwischen 3 und 4, d.h. im oberen Viertel der Skalen-Range. Die VG II weist zu Beginn sowie zum Zeitpunkt T4 leicht höhere Werte auf als die IG. Jedoch sind die Unterschiede marginal. Die Konfidenzintervalle überlappen durchgehend, was auf keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede hindeutet. Beide Gruppen weisen eine Stabilität der Vertrauenswerte über den gesamten Erhebungszeitraum auf.

Der Anteil fehlender Werte liegt in der IG bei 8% und in der VG II bei 6,8%. Diese moderaten Ausfallraten deuten auf eine insgesamt gute Datenqualität hin, wobei die IG einen geringfügig höheren Anteil fehlender Werte aufweist.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

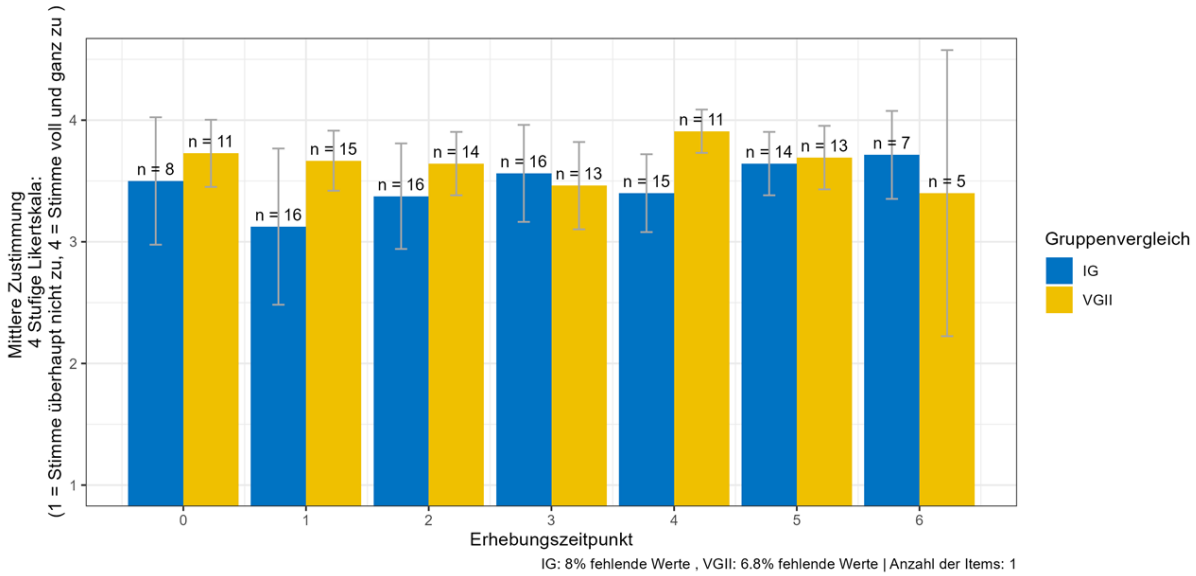


Abbildung 156: Mittleres Vertrauen zur KoPP und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

Ein hoher Anteil der Patient*innen in beiden Gruppen berichtet, dass ihre Wünsche und ihre Lebenssituation in der onkologischen Versorgung berücksichtigt wurden (siehe Abbildung 157). Die Werte bewegen sich durchgehend zwischen 79% und 95%, was auf eine insgesamt hohe wahrgenommene Berücksichtigung individueller Bedürfnisse hindeutet. Die Gruppenunterschiede blieben über die alle Erhebungszeitpunkte gering, wobei die VG II tendenziell höhere Werte aufwies. Zu den späteren Zeitpunkten kehrte sich dieses Verhältnis um, mit höheren Werten in der IG (Zeitpunkt 6: IG 95% vs. VG II ca. 87,5%).

Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 144, VG II = 145). Der Anteil fehlender Werte lag bei 11,1% (IG) bzw. 8,4% (VG II).

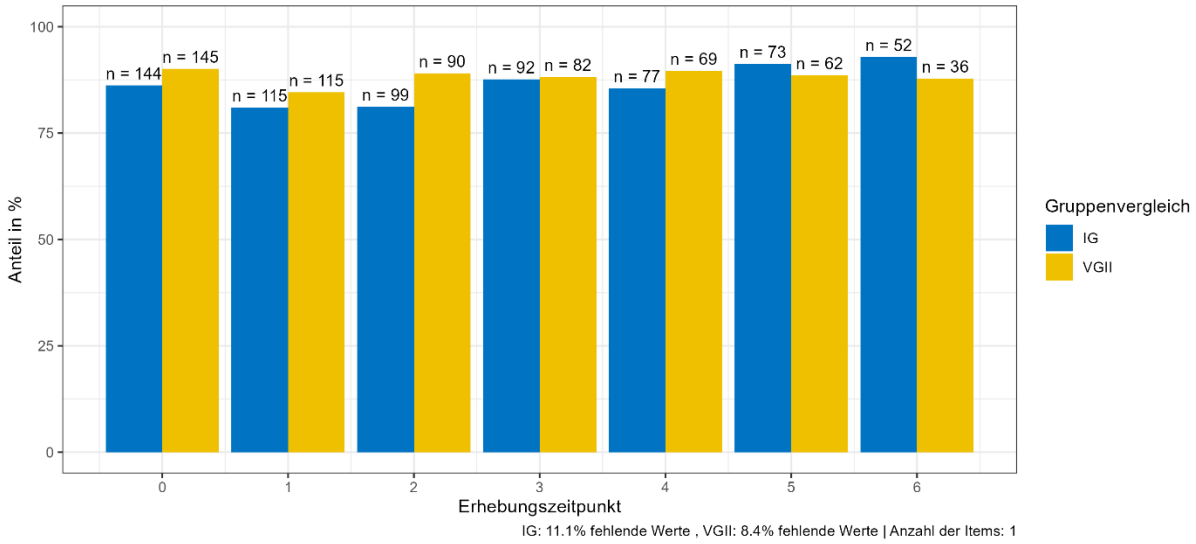


*Abbildung 157: Anteil der Patient*innen, bei denen Wünsche und Lebenssituation berücksichtigt wurden, im Vergleich zwischen IG und VG II*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Bewertung der Zufriedenheit mit der onkologischen Betreuungssituation mittels eines Summenscores (Range: 0-28) über sieben Items zeigt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg konstant hohe Werte in beiden Gruppen (siehe Abbildung 158). Die mittleren Summenwerte bewegten sich durchgehend zwischen 18,3 und 20,6, was auf eine durchweg positive Zufriedenheit der Patient*innen mit der onkologischen Betreuungssituation hinweist. Der zeitliche Verlauf zeigt in beiden Gruppen mit etwa 18 Punkten initial ähnliche Ausgangswerte. Während die IG zum Zeitpunkt T6 bei 20,6 ihren Höchstwert erreichte, lag die VG II bei 20,0. Die Gruppenunterschiede blieben über alle Messzeitpunkte gering, mit einer tendenziell höheren Bewertung in der IG zu den späteren Zeitpunkten.

Die Population schließt alle Patient*innen der VG II und IG ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 148, VG II = 140). Die Cronbach's Alpha-Werte von α = 0,7 deuten auf eine akzeptable interne Konsistenz der Skala hin. Der Anteil fehlender Werte lag bei 11% (IG) bzw. 10,3% (VG II).

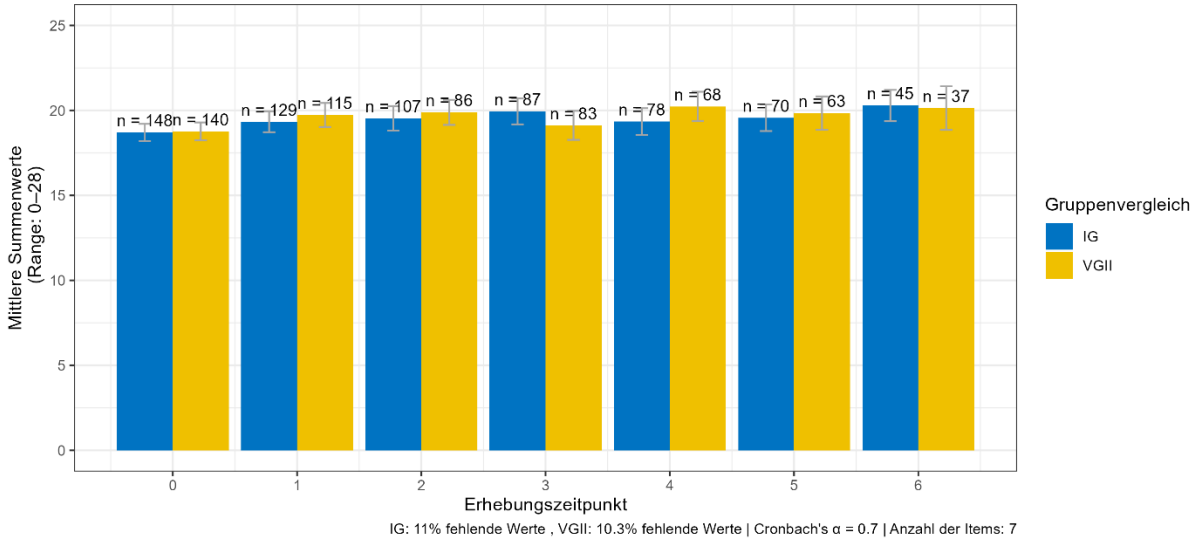


Abbildung 158: Mittlere Zufriedenheit mit der onkologischen Betreuungssituation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II

C-RCT vs. VG I

Abbildung 159 zeigt den Anteil der Patient*innen, die von einem OC-Gespräch berichteten, getrennt nach C-RCT und VG I über die sieben Erhebungszeitpunkte hinweg. Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet haben und somit in den Inferenzanalysen zum Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden konnten.

Zu Beginn (T0) lag der Anteil der Patient*innen mit OC-Gespräch in der IG bei etwa einem Viertel (ca. 25 %) und damit deutlich höher als in der VG II (ca. 10 %). In den darauffolgenden Erhebungszeitpunkten (T1–T5) stieg der Anteil in der C-RCT auf ≥ 50% an, während der Anteil in der VG I zum Zeitpunkt T2 bei 25% lag und im weiteren Verlauf abnahm. Damit zeigten sich im Verlauf nennenswerte Unterschiede zwischen C-RCT und VG I. Insgesamt ergaben sich damit Gruppenunterschiede, insbesondere ab dem Zeitpunkt T1 (C-RCT > VG I).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

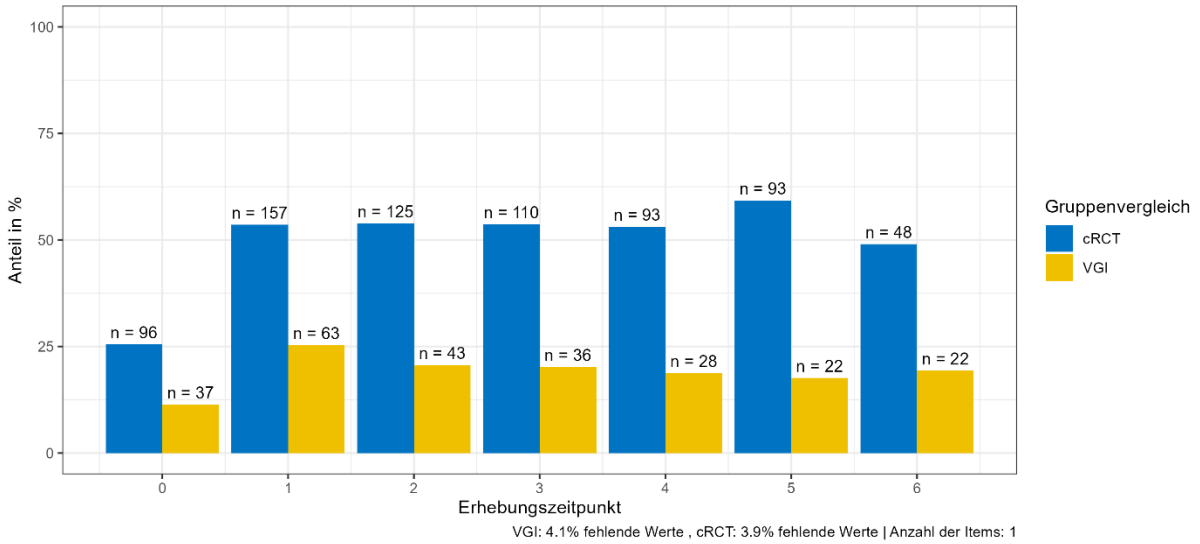


*Abbildung 159: Anteil der Patient*innen mit OC-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Über 80% der Patient*innen, die ein OC-Gespräch führten, gaben an, dass sie mit dem OC alle wichtigen Themen besprechen konnten (siehe Abbildung 160). Der zeitliche Verlauf zeigte in beiden Gruppen initial sehr hohe Werte (IG: 90%; VG II: 87%), die über den Zeitverlauf tendenziell stabil blieben. Zum Zeitpunkt T6 weist jedoch die VG I mit 100% einen höheren Wert als in der C-RCT (ca. 92%) auf. Zwischen den Gruppen zeigten sich nur zeitweise geringfügige Unterschiede.

Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (C-RCT = 80, VG I = 30). Der Anteil fehlender Werte lag bei 6,2% (C-RCT) bzw. 6,8% (VG I).

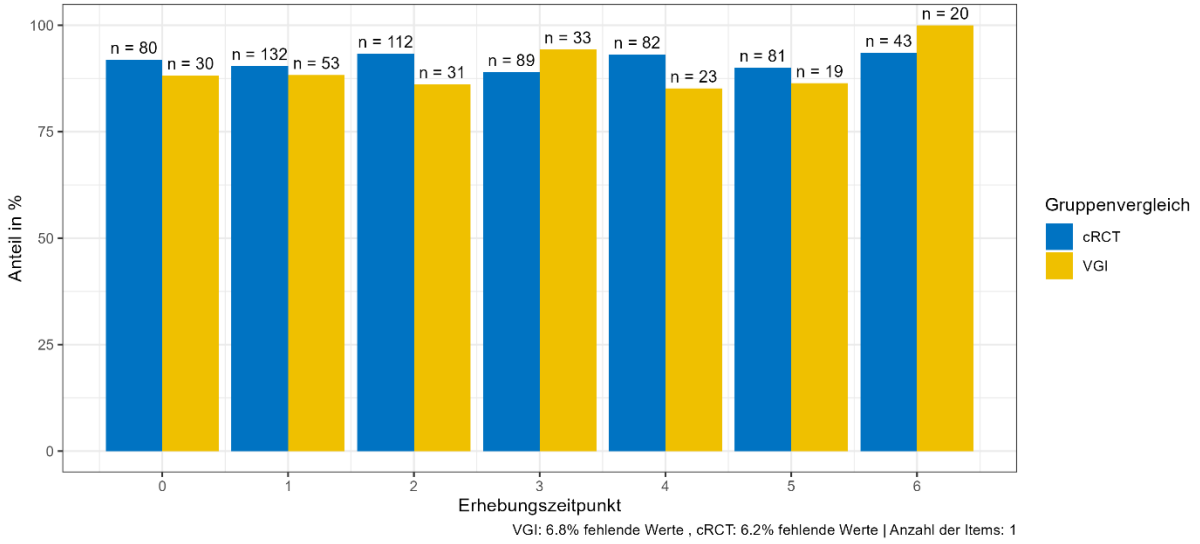


*Abbildung 160: Anteil Patient*innen in %, die mit dem OC alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Die tatsächliche Nutzung des KoPP-Angebots, gemessen am selbstberichteten Anteil der Patient*innen mit KoPP-Gesprächen, erwies sich als durchgehend niedrig (siehe Abbildung

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

161). Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg lagen die Anteile zwischen 3% und 23%, was auf eine geringe praktische Relevanz des Angebots für die Patient*innen schließen lässt.

Der Verlauf der Inanspruchnahme zeigte in beiden Gruppen zunächst einen Anstieg bis zum Zeitpunkt 2 (C-RCT: 10%; VG I: 6%), gefolgt von einer Phase des Anstieges in der C-RCT, während die Inanspruchnahme in der VG I zurück ging zum Studienende (C-RCT: 12,5%; VG I: 3%). Die C-RCT wies tendenziell höhere Inanspruchnahme auf, mit einem Maximum von 23% zum Zeitpunkt 5, während die VG I bei etwa 3% lag.

Die absoluten Fallzahlen von Patient*innen mit KoPP-Gesprächen blieben sehr gering (n = 3-33), was die Interpretierbarkeit prozentualer Unterschiede einschränkt. Der Anteil fehlender Werte lag bei 4,6% (C-RCT) bzw. 7,4% (VG I).

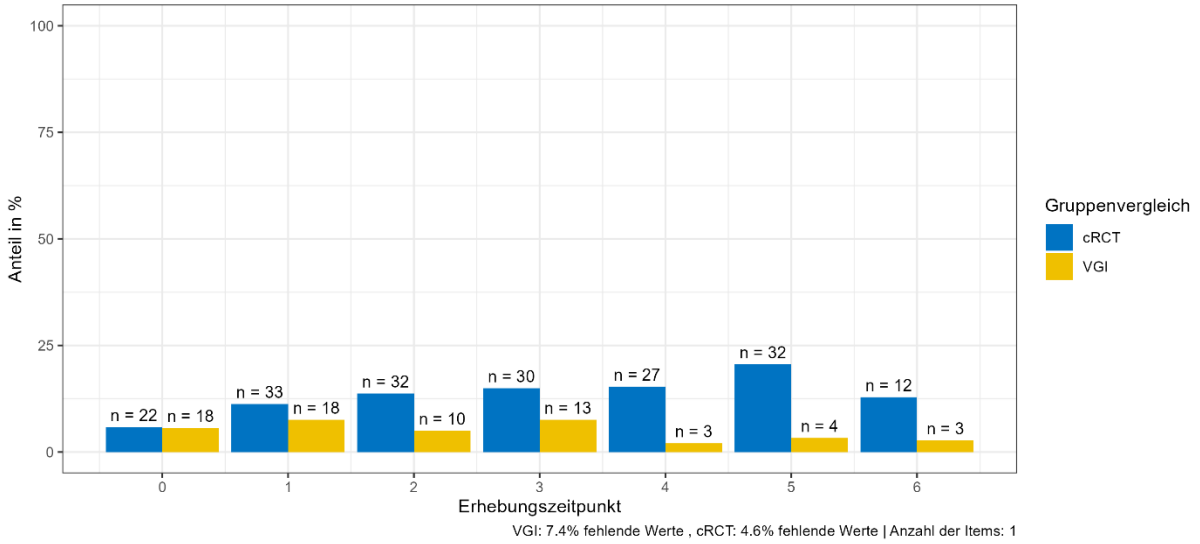


*Abbildung 161: Anteil der Patient*innen mit KoPP-Gespräch (selbstberichtet) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Über 80% der Patient*innen in beiden Gruppen, die ein KoPP-Gespräch führten, gaben zum Zeitpunkt T0 an, dass sie mit der KoPP alle wichtigen Themen besprechen konnten (siehe Abbildung 162). Die Ergebnisse zeigen in beiden Gruppen initial mit etwa 82% sehr hohe Werte. Während die Werte in der VG I im weiteren Verlauf zwischen 50% und 100% schwanken, steigt in der C-RCT der Anteil der Patient*innen, die alle wichtigen Themen besprechen konnten, auf 100% zum Zeitpunkt T6. Zwischen den Gruppen zeigten sich zu den Zeitpunkten T1, T2, T5 und T6 wesentliche Unterschiede (C-RCT > VG I), wobei die VG I zum T4 tendenziell höhere Anteile aufwies. Zu beachten ist jedoch, dass die Bewertung auf teilweise sehr kleinen Stichproben (n = 1-28 je Gruppe und Zeitpunkt) basiert, was die statistische Aussagekraft der Unterschiede erheblich einschränkt. Der Anteil fehlender Werte lag bei 8,5% (C-RCT) bzw. 17,4% (VG I).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

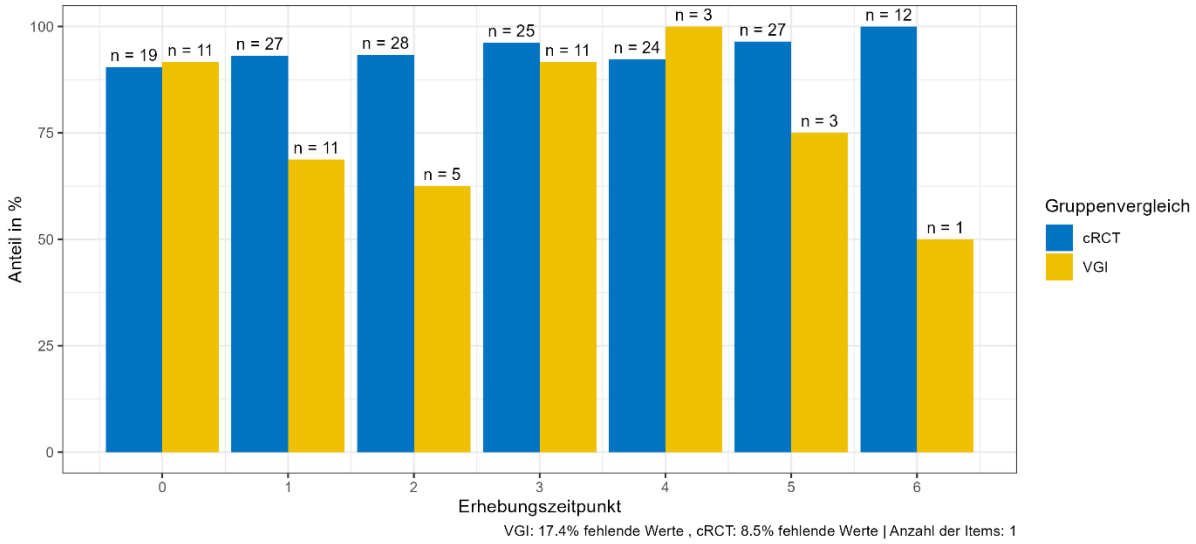


*Abbildung 162: Anteil der Patient*innen in %, die mit der KoPP alle wichtigen Themen besprechen konnten im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Ein hoher Anteil der Patient*innen in beiden Gruppen berichtet, dass ihre Wünsche und ihre Lebenssituation in der onkologischen Versorgung berücksichtigt wurden (siehe Abbildung 163). Die Werte bewegen sich durchgehend zwischen 79% und 90%, was auf eine insgesamt hohe wahrgenommene Berücksichtigung individueller Bedürfnisse hindeutet. Die Gruppenunterschiede blieben über alle Erhebungszeitpunkte gering, wobei die C-RCT zu den Zeitpunkten T0 und T6 marginal höhere Werte aufwies. Daten für den Zeitpunkt T1 liegen nicht vor und konnten daher in die Analysen nicht einbezogen werden.

Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (C-RCT = 289, VG I = 252). Der Anteil fehlender Werte lag bei 9,8% (IG) bzw. 25,3% (VG I).

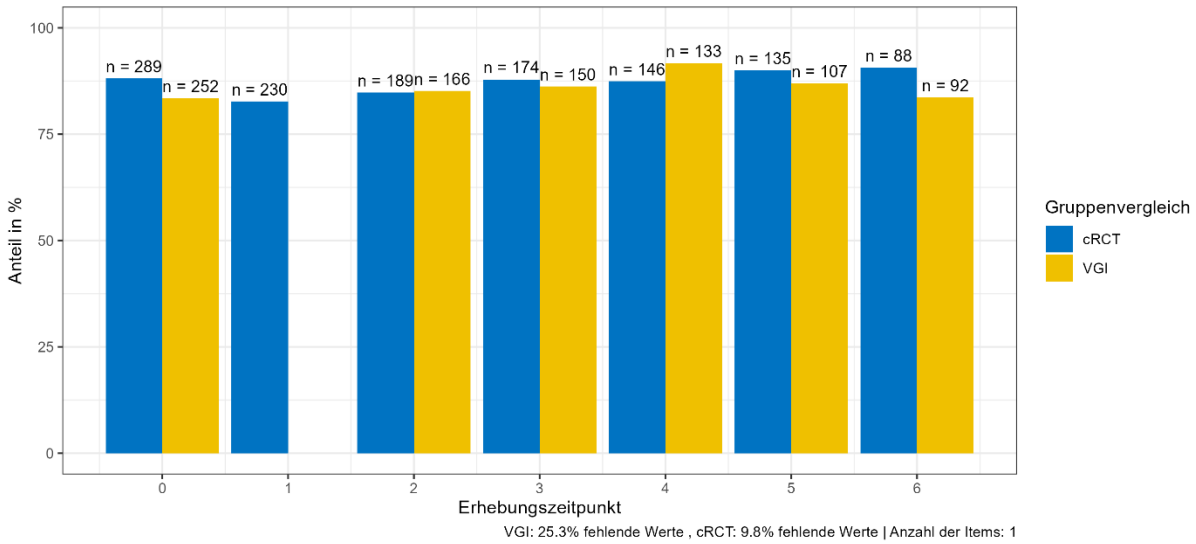


*Abbildung 163: Anteil der Patient*innen, bei denen Wünsche und Lebenssituation berücksichtigt wurden, im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Bewertung der Zufriedenheit mit der onkologischen Betreuungssituation mittels eines Summenscores (Range: 0-28) über sieben Items zeigt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg konstant hohe Werte in beiden Gruppen (siehe Abbildung 164). Die mittleren Summenwerte bewegten sich durchgehend zwischen 18,3 und 20,6, was auf eine durchweg positive Zufriedenheit der Patient*innen mit der onkologischen Betreuungssituation hinweist. Der zeitliche Verlauf zeigt in beiden Gruppen mit etwa 18 Punkten initial ähnliche Ausgangswerte. Während die C-RCT zum Zeitpunkt T6 bei 20,2 ihren Höchstwert erreichte, lag die VG I bei 20,0. Es bildeten sich über den Verlauf keine Gruppenunterschiede ab.

Die Population schließt alle Patient*innen der C-RCT und VG I ein, die das Follow-up zum Zeitpunkt T5 oder T6 beendet und mindestens ein Erstgespräch mit dem OC geführt haben (IG = 288, VG II = 258). Die Cronbach's Alpha-Werte von α = 0,7 deuten auf eine akzeptable interne Konsistenz der Skala hin. Der Anteil fehlender Werte lag bei 10,7% (C-RCT) bzw. 26,2% (VG I).

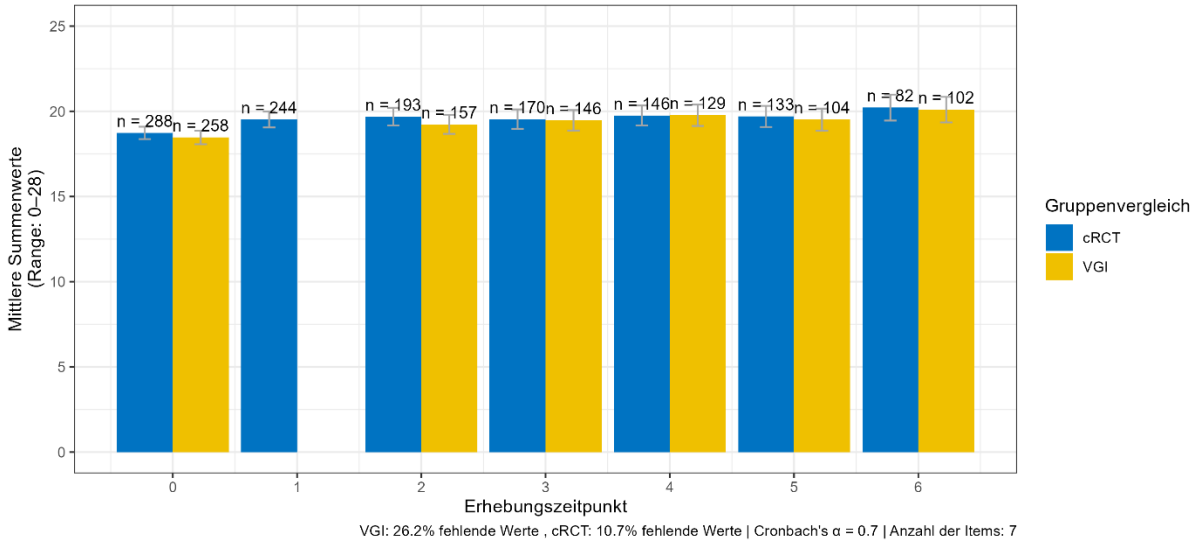


Abbildung 164: Mittlere Zufriedenheit mit der onkologischen Betreuungssituation und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

3.2.4.6 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – OCs

<u>Implementierung OncoCoach</u>

In den Interviews sprachen OncoCoaches im Rahmen der Implementierung der OncoCoaches über ihre **Aufgaben,** ihre **Kompetenzen und Befugnisse** sowie über empfundene **fördernde** und **hemmende Faktoren**.

Zu Beginn wurden in Bezug auf die **Aufgaben** der OCs am häufigsten Fundstellen identifiziert, die sich mit der Studienorganisation befassten. Dabei beschrieben sich die OncoCoaches im Projektverlauf häufig als Verantwortliche für die Projektumsetzung. In wenigen Fällen haben OncoCoaches zu T2 noch keine Aufgaben in ihrer Tätigkeit übernommen (*„[…] weil man kennt die Patienten [aus der VG I] nicht wirklich. Man weiß was (…) durch die Dokumentation aber man kennt sie jetzt letztendlich nicht so richtig“ (OC7, T2, S. 6)*)

Im Laufe der Zeit trat die Studienorganisation zunehmend in den Hintergrund und wurden durch andere Tätigkeiten ersetzt, etwa die (kontinuierliche) Betreuung der Patient*innen oder die Übernahme einer Vermittlerrolle. Während die Vermittlerrolle die Weiterleitung von

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Informationen oder Patient*innen durch die OCs an andere Akteure der Versorgung bezeichnet, dient der Begriff der (kontinuierlichen) Betreuung als Sammelbegriff für eher vage Formulierungen (z. B. *„Ja, in aller Regel war es dann so, dass wir monatlich Gespräche hatten, […]“ (OC3, T4, Pos. 43)*).

Im Verlauf der Projektlaufzeit wurden die Therapieaufklärung und -begleitung, die Zusammenarbeit mit onkologischen Ärzt*innen, die Kontaktaufnahme zu Patient*innen sowie die Vorbereitung auf Gespräche häufig als Aufgaben der OncoCoaches beschrieben. Unter Therapieaufklärung/-begleitung werden Fundstellen zusammengefasst, die eine allgemeine Auseinandersetzung mit der Therapie thematisieren (z.B. *„Und dann habe ich dann meistens das Erstgespräch geführt und da habe ich dann einfach noch mal alles aufgegriffen, was der Onkologe im Vorfeld besprochen hatte, habe mich vergewissert, was ich den Patienten schon alles erzählt wurde und hat dann einfach da angeknüpft, weil viele Patienten vergessen einfach die Sachen beim ersten Gespräch.“ (OC5, T4, Pos. 27)*). In einigen Fundstellen wurde außerdem die Aufklärung über bzw. das Monitoring von Nebenwirkungen als Aufgabe beschrieben (z.B. *„Dankbar sind sie immer über das Nebenwirkungsmanagement, was Sie zu Hause tun können, was sie machen können, wie sie sich verhalten. (OC7, T4, Pos. 78)*) sowie die Beratung und Aufklärung über KAM, Pflege, Ernährung oder Sport (z.B. *„Oder auch eine Frage ist immer: Was nehmen Sie für Zusatzpräparate ein während der Krankheit? Ne, also ich tu dann sehr individuell beraten“ (OC1, T2, Pos. 200)*).

Einige OncoCoaches beschrieben sich als Verantwortliche für die Einbindung von Angehörigen oder als niedrigschwellige Ansprechpartner*innen (z. B. *„[…] die das Gefühl haben, dass sie mich auch jederzeit anrufen können, wenn was ist. Das heißt immer da ist. (OC5, T4, Pos. 50)*). Im weiteren Projektverlauf wurden außerdem Aufgaben wie die Aufklärung über das KoPP-Angebot sowie die Zusammenarbeit mit KoPPs bzw. Palliativfachkräften genannt; diese fanden sich jedoch nur in vergleichsweise wenigen Fundstellen sowohl in den IG- als in den VG II-Einrichtungen. Während Fundstellen zur Aufklärung über das KoPP-Angebot in der IG etwas häufiger identifiziert wurden als in der VG II, war die Häufigkeit der Nennungen zur Zusammenarbeit mit KoPPs bzw. Palliativfachkräften zwischen den Gruppen vergleichbar. Darüber hinaus betonten einige OncoCoaches, dass ihre Tätigkeit zur Entlastung der Onkolog*innen beitrage (z. B. *„Der Onkologe selber hat an sich ähm benötigt weniger Zeit für das Gespräch, weil eben vieles im Vorfeld geklärt ist“ (OC1, T2, Pos. 65)*). In der Beschreibung der **Aufgaben der OCs** wurden keine Gruppenunterschiede zwischen der VG II und IG identifiziert. Abbildung 165 zeigt die Oberkategorie **Aufgaben der OCs** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

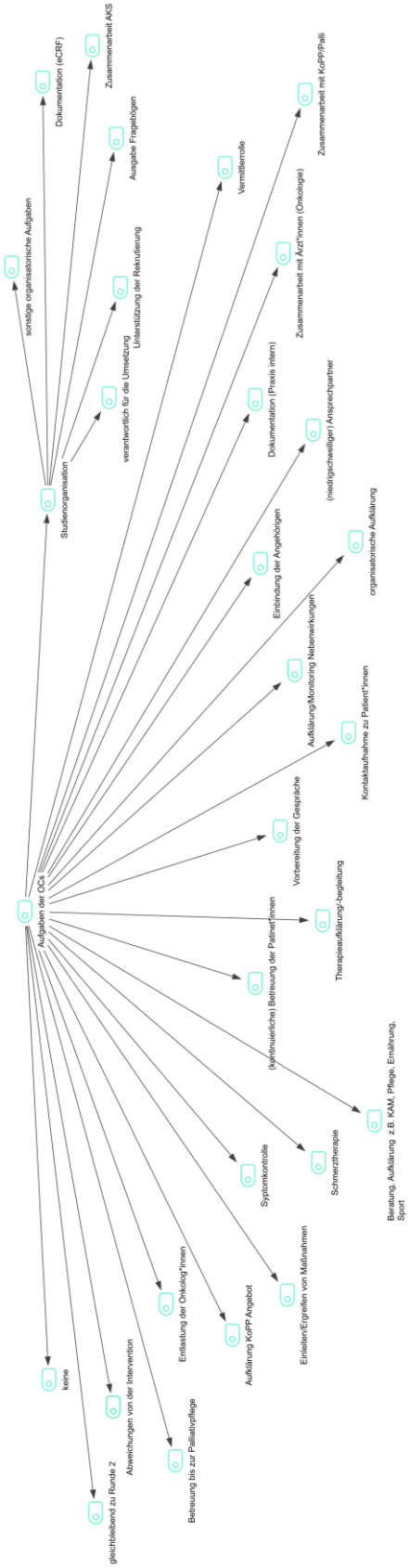


Abbildung 165: Oberkategorie "Aufgaben der OCs" und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Rahmen der Oberkategorie **Kompetenz und Befugnissen** beschrieben OncoCoaches eine beziehungsorientierte Betreuung der Patient*innen, dabei stand eine ganzheitliche Betrachtung der Patient*innen (z.B. *„Also das Ganze ist ja ein bisschen recht komplex. Also es geht ja eine Seite um die Körperlichkeit des Pat[ienten], also das Wohlbefinden des Patient selber, aber auch natürlich auch der Belastung, der durch die Familie bzw. durch die Zugehörigen entstehen kann oder entsteht.“ (OC4, T4, Pos. 56)*) sowie Bindung, Vertrauen und Sicherheit im Vordergrund (z.B. *„Also man geht ja auch eine Bindung zu dem Menschen ein, […]“ (OC5, T2, Pos. 170)*, *„Also ja, es hat sich insofern verändert, dass wir jetzt total uns kennen und vertraut sind. Ich kenne die jetzt super.“ (OC2, T6, Pos. 101)*). Neben der beziehungsorientierten Betreuung spielte auch Beurteilung von Patient*innen (z.B. *„Und ich gucke dann immer ganz genau, wie der Patient so sich gibt. [.] welche Persönlichkeit er ist, welcher Typ er ist. Hat er Angst oder keine Angst oder tough, ist er mehr erschrocken oder wie auch immer?“ (OC7, T4, Pos. 88)*) und die Strukturierung der eigenen Aufgabe eine große Rolle in den Interviews mit OncoCoaches (z.B. *„Ich habe jetzt für mich so meine eigene Strategie entwickelt, herauszufinden, was benötigen die Leute? Aber das hat viel Zeit gekostet.“ (OC8, T2, Pos. 149)*, *„Den Steckbrief ausgedruckt, den ich den Patienten dann immer mitgebe, wenn sie eine orale Medikation bekommen. Dann haben wir immer so einen Vordruck „Erstgespräch“, das drucke ich mir immer aus. Ich mache quasi eine Mappe für die Patienten dann bereit, wo ich dann alles sammel.“ (OC7, T2, S. 6)*). OncoCoaches initiierten und beteiligten sich in einigen Fällen bei der Gestaltung von neuen Prozessen und sprachen in einigen Fällen Empfehlungen für die onkologische Versorgung aus (z.B. *„[..] und ich wusste ihr ging es sehr schlecht, da haben wir die Chemo reduziert und sie war an dem Tag total positiv und hat sich gefreut, dass sie etwas stabiler geworden ist […]“ (OC1, T2, Pos. 193)*). Abbildung 166 zeigt die Oberkategorie **Kompetenzen und Befugnisse** der OCs sowie die identifizierten Unterkategorien.

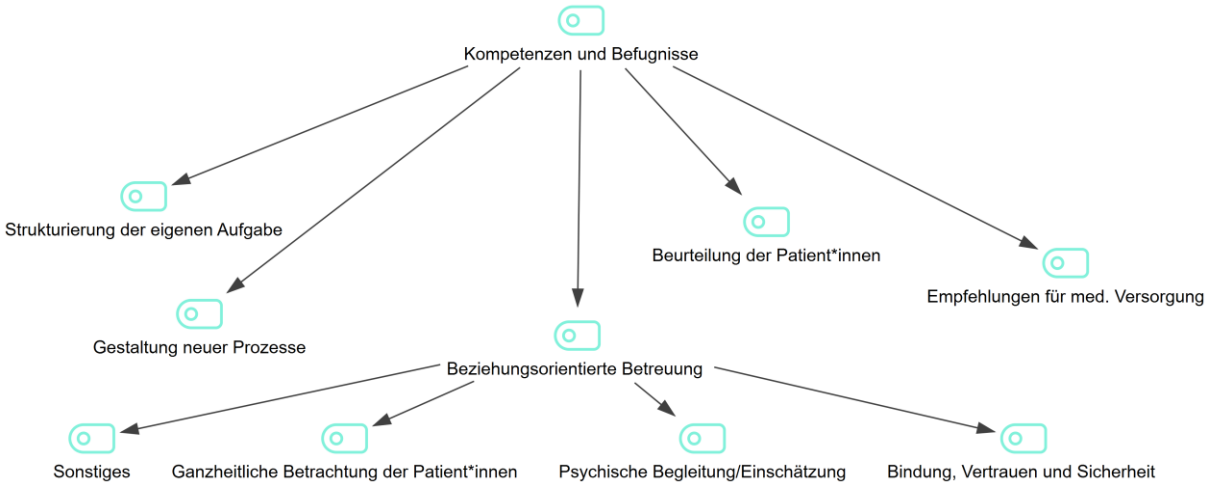


Abbildung 166: Oberkategorie "Kompetenzen und Befugnisse“ der OCs und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zu Beginn wurde die OC-Schulung (z.B. *„Ich fühle mich gut vorbereitet, ja. Also bei speziellen Erkrankungen, Medikamenten muss ich mich natürlich informieren vorab, aber so das Gerüst das steht. Gesprächsführung, Organisation vom Erstgespräch das steht." (OC4, T2, Pos. 299)*), der Implementierungsworkshop (z.B. *„Also für mich ein Erfolg, weil ich vorher gar keine Vorstellungen hatte, was da auf einen zukommt und einfach als Überblick Überschaffung und was man überhaupt für Möglichkeiten hat. Das Thema Kopp(?) kam da ja auch erst auf, was der dann alles noch macht und wie man den Patient besser versorgen kann, also es war wirklich ein Erfolg der Workshop, hat mir gut getan, […]" (OC3, T2, Pos. 212)*) sowie die Teilnahme von Ärzt*innen am Implementierungsworkshop und die Entwicklung von Routinen (z.B. *„Erfahrung, mehr Erfahrung. Umso mehr Patienten ich natürlich in die Studie aufnehme und umso mehr Patienten ich berate umso sicherer werde ich." (OC4, T2, Pos. 307)*) am häufigsten als **fördernde Faktoren** beschrieben. Während der Implementierungsworkshop ausschließlich von Einrichtungen der IG genannt wurde, konnten die anderen Faktoren in beiden Gruppen gleichermaßen identifiziert werden.

Im weiteren Projektverlauf spielten die vorhandenen Rahmenbedingungen, wie räumliche Ressourcen, Zeit und Personal, sowie die Entwicklung von Routinen und Prozessen eine größere Rolle im Rahmen der **fördernden Faktoren**. OncoCoaches beschrieben das Vorhandensein von eigenen Räumlichkeiten (z.B.: *„Und mittlerweile habe ich ja auch einen Raum, also sprich ein Büro, wo ich die Gespräche stattfinden lassen kann, nicht irgendwie zwischen Tür und Angel und nicht jetzt im Beisein mit anderen Patienten […]." (OC4, T4, Pos. 66)*), oder den Wunsch nach mehr Zeit (z.B. *„Es wäre natürlich schon wünschenswert, wenn man mehr Zeit bekommen könnte, um das vorher auszuarbeiten und hinterher auszuarbeiten." (OC1, T4, Pos. 163)*).

Häufig wurde von OncoCoaches die Zusammenarbeit mit bzw. die Unterstützung von Onkolog*innen sowie individuelle psychosoziale Kompetenzen als fördernd über den Verlauf der Studie beschrieben. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit bzw. der Unterstützung von Onkolog*innen wurde zum einen die Art der Zusammenarbeit thematisiert, wie z.B. *„Und halt die Nähe jetzt zu der Onkologin, die mit einem auf Augenhöhe arbeitet." (OC6, T4, Pos. 141)* und zum anderen die Unterstützung von u.a. Onkolog*innen in Form von Interesse (z.B. *„Erstmal natürlich das Interesse von meinen Vorgesetzten. Also sprich ja von meinem Chefarzt und auch natürlich von der Geschäftsführung. Das finde ich ja natürlich sehr wichtig […]" (OC4, T4, Pos. 144)*). OncoCoaches berichteten über die Relevanz von Selbstreflexion (*„Und ja. Ja, man ist eben reflektiert unterwegs, man ist auch Übende." (OC2, T6, Pos. 293)* und emotionale Selbstregulation (*„Das heißt, wenn alles stressig ist und die Patienten nörgelig sind und die Patienten unruhig sind. Man selbst darf sich davon ja überhaupt nicht beeinflussen lassen, sondern muss [.] an der Stelle die Ruhe [..] reinbringen und [.] die Geschwindigkeit rausnehmen." (OC11, T4, Pos. 92)*) in ihrer Tätigkeit, was dem fördernden Faktor individuelle psychosoziale Kompetenzen zugeordnet wurde.

Die Eigeninitiative und Motivation (z.B. *„Oder [ich] probiere [.] immer andere Wege auch zu gehen, dass man mit den Ärzten halt gut und besser kommuniziert (OC13, T4, Pos. 151)*) sowie die Unterstützung durch das Team oder Kolleg*innen (z.B. *„Die Kommunikation im Team, dass man sich auch wirklich in schwierigen Situationen auch gewisse Dinge direkt besprechen kann. Das unterstützt einen unwahrscheinlich." (OC6, T4, Pos. 141)*) wurden ebenfalls in einigen Interviews über den gesamten Verlauf der Studie als fördernd beschrieben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zudem wurden der Austausch mit anderen OncoCoaches, eine palliative oder Pflegeausbildung, Berufserfahrung, der Austausch mit AKS bzw. die Studienorganisation, die Akzeptanz im Arbeitsumfeld, die gute Annahme der OC-Rolle von Patient*innen, die Freistellung für die OC-Tätigkeit, (medizinische) Fort-/Weiterbildungen, die Erstellung von Hilfsmitteln bzw. Leitfäden, die (OnCoPaTh)-App, ambulante und bestehende Strukturen, die KAM-Datenbank, Selbstwirksamkeit und eine regelmäßige Kontaktaufnahme zu Patient*innen von OncoCoaches als fördernde Faktoren beschrieben. Die Zusammenarbeit mit Fachkräften der palliativen Versorgung (z.B. durch SAPV oder KoPPs) wurden in wenigen Fundstellen als Unterstützung der eigenen Arbeit beschrieben und den fördernden Faktoren zugeordnet. Abbildung 167 zeigt die Oberkategorie **Fördernde Faktoren für die Umsetzung der OC Rolle** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

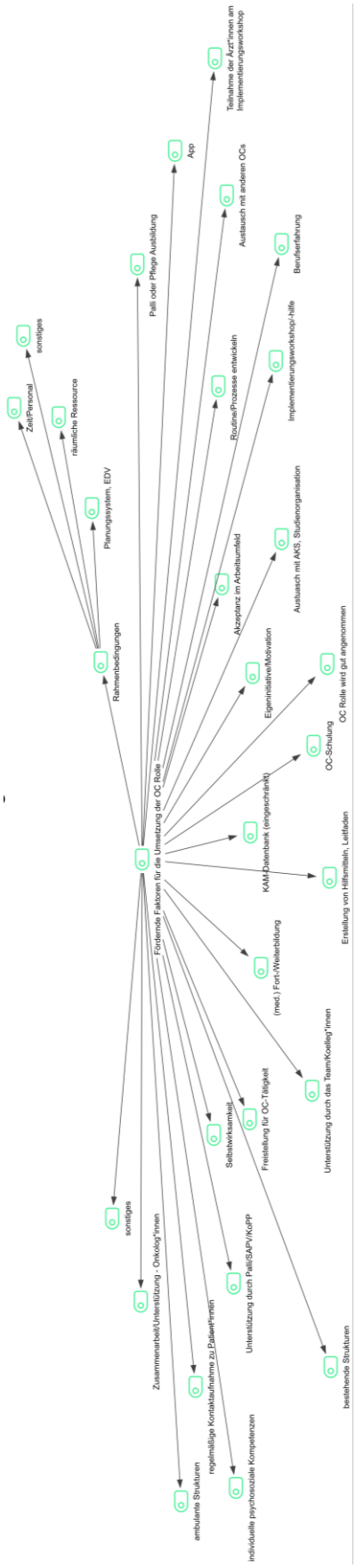


Abbildung 167: Oberkategorie "Fördernde Faktoren für die Umsetzung der OC Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Als **hemmende Faktoren** beschrieben die OncoCoaches zu Beginn die fehlende Routine (z.B. *„[…] ich brauche jetzt auch immer noch länger – also für die Vorbereitung für die Gespräche – brauche ich ja im Augenblick noch länger, bis ich da Routine drinnen habe.“ (OC4, T2, Pos. 335)“*) und die mangelnden Ressourcen *(„Ja, bei uns ist oft so das Raumproblem noch vorhanden, dass ich gar keinen Raum habe, wo ich die Gespräche führen kann, grade dann, wenn ich mal Zeit hätte, ist es meistens so, dass es keinen Raum gibt, weil einfach die Praxis irgendwie zu klein ist.“ (OC3 - N03 IG - Runde 1, Pos. 221)*). Auch im weiteren Verlauf beschreiben OncoCoaches mangelnde Ressourcen oder Rahmenbedingungen als häufigsten hemmenden Faktor (z.B. *„Und dafür braucht man definitiv Zeit. Und die haben sie nicht. Da wäre auf jeden Fall, dass es halt auch unterstützt wird, dass man die Zeit bekommt.“ (OC3, T6, Pos. 311)*). Im weiteren Verlauf wurden in zahlreichen Fundstellen die emotionale und kognitive Belastung seitens der OCs, bestehende Strukturen und Rollen, fehlende Zusammenarbeit mit bzw. Unterstützung von Onkolog*innen, die Interaktion mit Patient*innen und fehlendes Wissen als hemmende Faktoren identifiziert.

Im Rahmen der emotionalen und kognitiven Belastung beschrieben OncoCoaches zum Beispiel die Herausforderungen im Umgang mit der Trauer der Patient*innen und Angehörigen (OC1, T4, Pos. 79, OC2, Pos. 52). OncoCoaches berichteten zudem, dass OncoCoaching in ambulanten Strukturen besser angenommen würde: *„In der Tagesklinik sind wir besser angenommen als im stationären Bereich. Beim stationären Bereich die Pfleger, eben diese Zusatzqualifikation ja hat, und das manchmal auch so empfinden als wenn wir denen reinreden wollen“ (OC8, T4, Pos. 133)*, was dem hemmenden Faktor „bestehende Strukturen und Rollen“ zugeordnet wurde.

Die Zusammenarbeit mit bzw. Unterstützung von Onkolog*innen wurde sowohl als optimierungsbedürftig, als auch als herausfordernd beschrieben (z.B. *„Herausfordernd [.] war auch ich hätte mir gewünscht, dass ich [.] mit meinem Onkologen, der eigentlich die Studie betreut hat, [.] mal ein paar Sätze mehr [hätte] reden können.“ (OC2, T6, Pos. 203)* und *„Ja, mit vielen, vielen Ärzten. Und ja, da kriege ich ganz, ganz viel, ja gar nicht mit. Und wie gesagt, dieser Austausch, dieser enge Austausch zwischen Ärzten und uns, oder das muss definitiv, denke ich mir mal, noch besser werden.“ (OC13, T4, Pos. 132)*. Als Herausfordernd wurde zum Teil auch die Interaktion mit Patient*innen beschrieben (z.B. *„Ich habe zum Beispiel tatsächlich eine in meinen Augen Horrorpatientin im Moment. Die kommt fünf vier Seiten an Nebenwirkungen, was sie uns dann aufschreibt, was sie uns alles zu berichten hat mit und also das ist echt. Also die ist echt krass und die ist auch so vorwurfsvoll […]“ (OC10, T4, Pos. 139)*).

OncoCoaches beschrieben zudem fehlendes Wissen als hemmenden Faktor (z.B. *„Das Einzige ist halt, wie gesagt, was noch mal schön wäre, wäre noch mal eine Fortbildung über die KAM. Also das ist sehr kurz gekommen im OncoCoach-Projekt.“ (OC1, T4, Pos. 151)*, oder *„Nee, die sind von der Sache her gut. Ich könnte jetzt immer noch sagen, Aber das ist was Persönliches, mich würde das Psychoonkologische mehr interessieren noch. Um einfach den Patienten vielleicht, Ich sag jetzt mal, auf DER Ebene noch besser helfen zu können.“ (OC2, T4, Pos. 66)*).

Alle weiteren hemmenden Faktoren, wie z.B. telefonische Konsile oder die Erreichbarkeit der OCs, Schnittstellen in der Kommunikation oder der fehlende Austausch mit anderen OCs wurden nur in einzelnen Fundstellen identifiziert. Abbildung 168 zeigt die Oberkategorie **Hemmende Faktoren für die Umsetzung der OC Rolle** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

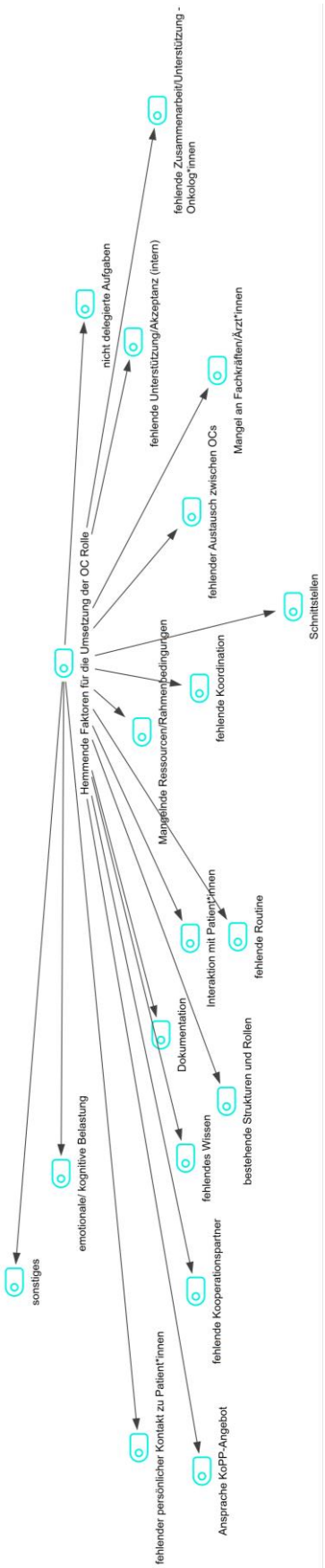


Abbildung 168: Oberkategorie "Hemmende Faktoren für die Umsetzung der OC Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Implementierung frühe palliative Integration (KoPP)

In den Interviews sprachen OncoCoaches im Rahmen der Implementierung der frühen palliativen Integration (KoPP) über die **palliativ Versorgenden**, ihr **Verständnis für OCs zur palliativen Versorgung**, **hemmende Faktoren der frühen palliativen Integration und den Zeitpunkt der palliativen Integration**. Zudem beschrieben OncoCoaches aus ihrer Perspektive die **Rolle (u.a. Aufgaben) der KoPP** sowie die **hemmenden und fördernden Faktoren in der Umsetzung der KoPP**.

Zu Beginn beschrieben OncoCoaches überwiegend stationäre Palliativteams bzw. Palliativstationen (z.B. *„Und wir haben bei uns in der Einrichtung auch eine Palliativstation, wo Patienten auch aufgenommen werden können, um ich sage mal zu päppeln oder halt auch um zu liefern, zu begleiten. Das bieten wir halt auch.“ (OC8, T2, Pos. 48)*) sowie die SAPV und ambulante Palliativnetze (z.B. *„Nein, das ist die Regel. Die Patienten werden bei uns sehr früh SAPV angebunden.“ (OC4, T2, Pos. 174-175)*) als **palliativ Versorgende**. Im weiteren Verlauf nahm die palliative Betreuung durch KoPPs zu (z.B. *„Also das hier, die KoPPs meine ich ja auch dabei. Ja, klar.“ (OC4, T4, Pos. 68)*), wobei in den meisten Fällen das SAPV Team bzw. ambulante Palliativnetze genannt wurden (z.B. *„Es ist auch, finde ich, wichtig, dass man jemanden hat, auf den man zurückgreifen kann. Unser Tumorzentrum arbeitet aber halt schon ganz eng mit dem SAPV Team zusammen. Somit ist es da stellenweise schon ähm so ist schon so eine Hand in Hand Arbeit.“ (OC3, T6, Pos. 92)*). Abbildung 169 zeigt die Oberkategorie **Palliativ Versorgende** sowie die identifizierten Unterkategorien.

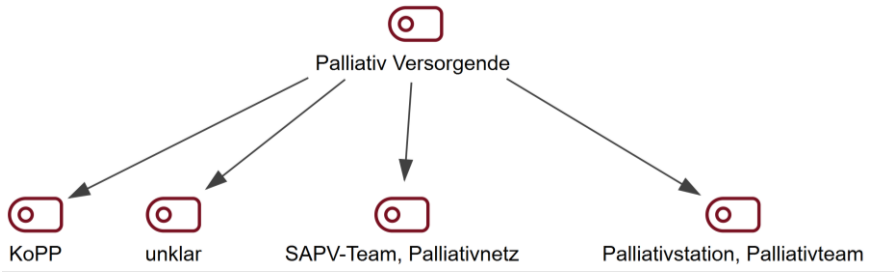


Abbildung 169: Oberkategorie "Palliativ Versorgende“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Das **Verständnis der OCs von palliativer Versorgung** bezieht sich zu Beginn des Projekts in den häufigsten identifizierten Fundstellen auf die Begleitung am Lebensende bzw. auf die Zeit nach kurativer Therapie (z.B. *„So und Palliativteam, das ist ja – ja, das wird jetzt – ich meine, das ist jetzt ja in der Studie drinnen – das ist ja – aber das wird halt in der Regel erst – ja das wird dann halt angesprochen wenn es – meist irgendwie am Ende.“ (OC2, T2, Pos. 119)*). In einigen Fundstellen wurde die palliative Versorgung sowohl zu Beginn als auch im weiteren Verlauf als begleitend, unterstützend bei Bedarf, nicht führende Rolle (z.B. *„Und die Palliativmedizinerin die natürlich auch hier mit dabei war aber eben nicht jetzt führend war, sondern mehr gelegentlich – mit dabei war. Dann aber immer wieder auch nicht dabei mehr war. Also die hat vorübergehend mal mit, aber in der Regel nicht. (OC1, T2, Pos. 69)*) oder als unterstützende Rolle für Patient*innen und Angehörige im häuslichen Setting beschrieben (z.B. *„Was tatsächlich eher unterstützend ist, den Gedanken quasi, dass letztendlich geht es darum, dass der Patient bestmöglich auch zu Hause so lang wie möglich unterstützt wird und dass die Versorgung optimal verläuft. Und wenn man es dem Patienten auch so erklärt, dass es letztendlich um optimale Versorgung der Lebensqualität geht, dass man ja das in den Mittelpunkt stellt und auch quasi im Jahr als Zielsetzung hat, des Ganzen ist das ja oft eine*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bereicherung bzw. eine Erleichterung […].“ (OC4, T4, Pos. 44)). Diese beiden Unterkategorien verstetigten sich in den Interviews zu T4 und T6. Zudem wurde im weiteren Projektverlauf in einigen Fundstellen das Kennenlernen der palliativen Versorgung und die Vorbereitung der Patient*innen als weitere Unterkategorie identifiziert (z.B. *„[…] unser SAPV Team macht bei diesem Patienten dann quasi das, was in der Studie die KoPPs gemacht haben. Das heißt nicht, dass die ständig durch das SAPV Team betreut wurden, aber die hatten mal so eine Kontaktaufnahme, die wissen wer der Patient ist, waren mal vor Ort.“ (OC3, T4, Pos. 60)*).“

Palliative Versorgung wurde zudem in verschiedenen Fundstellen einerseits als Ressource für später und als Ansprechpartner, andererseits als Zuständige für Schmerztherapie und für Symptomkontrolle (im häuslichen Setting) beschrieben. Darüber hinaus wurde sie teils als über die ambulante Versorgung hinausgehende Form der Versorgung verstanden, die mit einem Abgeben der Patient*innen verbunden sein kann. In wenigen Fällen wurde die Versorgung als eine von Ärzt*innen angeordnete Leistung, als medizinische Betreuung bzw. Notfallversorgung zuhause oder ohne weitere Spezifizierung beschrieben (Unterkategorie: nicht weiter definiert). Abbildung 170 zeigt die Oberkategorie **Verständnis der OCs zur palliativen Versorgung** sowie die identifizierten Unterkategorien.

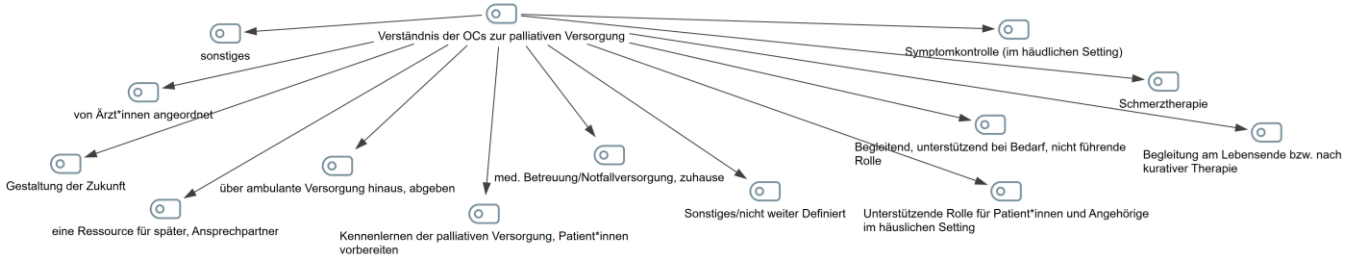


Abbildung 170: Oberkategorie "Verständnis der OCs zur palliativen Versorgung“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Im Rahmen der Oberkategorie **Zeitpunkt der palliativen Integration** beschrieben OncoCoaches zu Beginn in den meisten Fällen, dass eine palliative Integration nach einer Zustandsverschlechterung bzw. bei hoher Symptomlast einhergehe (z.B. *„Da war das dann in der Tat so, die hat sich im Progress halt so gesundheitlich verschlechtert, dass wir die Therapie dann auch abgebrochen haben. Und dann hat der behandelnde Onkologe und auch das [SAPV]-Team mit eingebunden. Die kamen dann auch immer zu ihr nach Hause. Genau, ist jetzt letztendlich aber auch verstorben.“ (OC7, T2, S. 5)*). In einigen Fundstellen beschrieben OncoCoaches zudem, dass eine Integration nach Therapieende bzw. nach kurativer Therapie, am Lebensende oder überhaupt nicht stattfand. Im Vergleich dazu wurden im weiteren Verlauf Integrationen am Lebensende oder ein Ausbleiben der Integration nur selten berichtet.

Die palliative Integration wurde im Verlauf des Projekts am häufigsten bei Zustandsverschlechterung bzw. hoher Symptomlast thematisiert (z.B. *„[…] und wie es dann aber dann quasi der Gesundheitszustand sich verschlechtert hat der Patienten bin ich dann noch mal über die Angehörigen gegangen. Und die sagten, ach das ist super, das kann ich sehr gut gebrauchen. Das würde mir helfen zu Hause, weil ich bin überfordert.“ (OC3, T6, Pos. 86)*). In fast ebenso vielen Fällen erfolgte die Integration jedoch bereits nach Diagnosestellung bzw. Einschreibung oder nach Therapiestart (z.B. *„Naja, ich kenne es ja nur so, wie es hier läuft. Im Grunde genommen ist das ja gleich am Anfang frühzeitig, quasi nach Diagnosestellung.“ (OC3,*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

T4, Pos. 124)). Zudem wurde im weiteren Verlauf in einigen Fundstellen auch die Beschreibung einer palliativen Integration nach Therapieende bzw. nach kurativer Therapie identifiziert. In wenigen Fällen wurde der Zeitpunkt nicht weiter definiert (z.B. „auf Wunsch der Patient*innen“ oder „zu einem späteren Zeitpunkt“). Abbildung 171 zeigt die Oberkategorie **Zeitpunkt der palliativen Integration** sowie die identifizierten Unterkategorien.

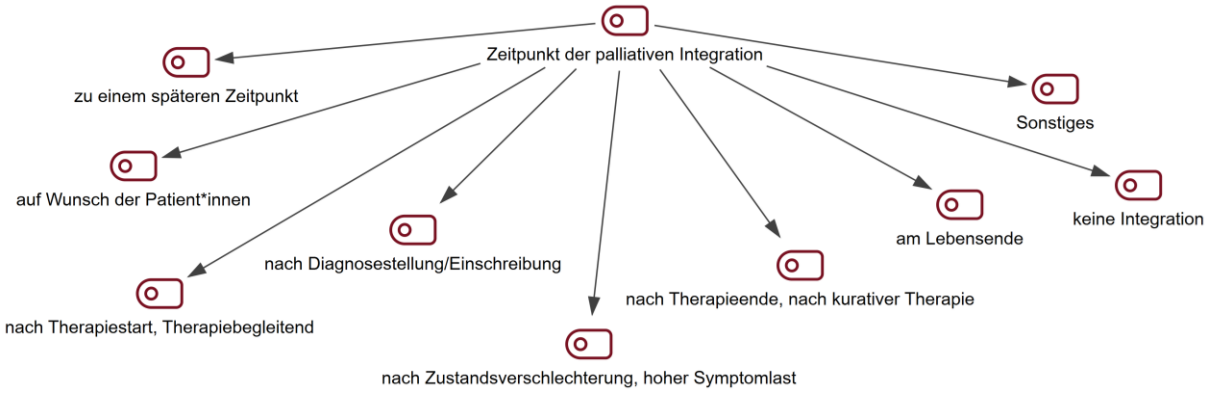


Abbildung 171: Oberkategorie "Zeitpunkt der palliativen Integration“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

OncoCoaches beschrieben sowohl zu Beginn des Projekts als auch im weiteren Verlauf die Einstellung der Patient*innen als häufigsten **hemmenden Faktor für eine frühe palliative Integration** (z.B. *„Bei vielen Patienten ist da, glaube ich, erstmal so eine Sperre drin, also ich hatte grade eben auch wieder ein Gespräch und dann auf keinen Fall palliativ, […]“ (OC3, T2, Pos. 139)*). Die Einstellung der onkologischen Einrichtung (z.B. *„Das heißt irgendwann müssen auch wir Abschied von den Patienten nehmen, die (?) wir über einen langen Zeitraum begleiten ja. Das ist auch ein großer Schritt für uns ja.“ (OC5, T2, Pos. 170)*) sowie die Hemmungen seitens der OCs, die palliative Integration führzeitig anzusprechen (z.B. *„Wir würden ja jetzt auch nicht andauernd, außer dass wir da beruflich viel Kontakt mit haben, über Tod und Sterben Gedanken machen. Aber da würden wir ja auch jetzt nicht, das so nah an uns ran lassen, oder?“ (OC10, T4, Pos. 247)*) wurden ebenfalls in einigen Fundstellen als hemmender Faktor identifiziert.

Zudem nannten OncoCoaches in wenigen Fundstellen die Auslastung der palliativen Teams, die Therapiewilligkeit der Patient*innen, eine unklare Definition sowie unklare Rahmenbedingungen, die Aufnahmevoraussetzungen für eine frühe palliative Integration und den Namen der Versorgung als hemmende Faktoren. Abbildung 172 zeigt die Oberkategorie **hemmende Faktoren für eine frühe palliative Integration** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

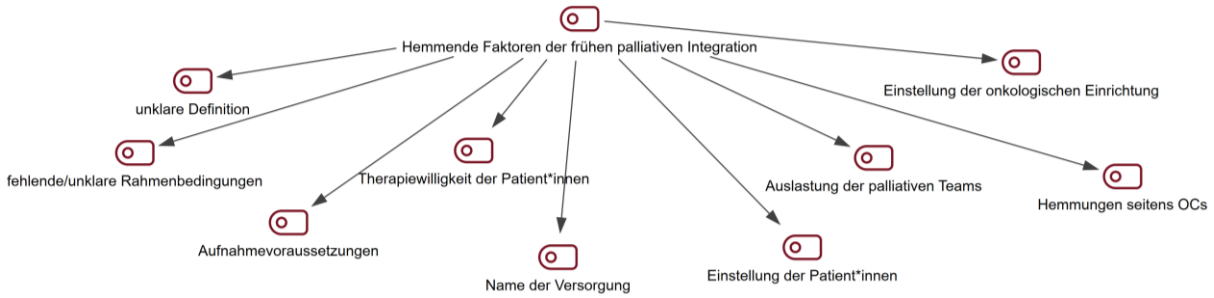


Abbildung 172: Oberkategorie "Hemmende Faktoren der frühen palliativen Integration“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Bezüglich der **Rolle (u.a. Aufgaben) der KoPP** beschrieben OncoCoaches über den gesamten Projektverlauf in den meisten Fällen, dass die KoPP keine Aufgaben übernahm, oder dass die palliative Versorgung durch ein bestehendes Team übernommen wurde (siehe Abbildung 173). Sofern die KoPPs eine Rolle in der Versorgung übernahmen, gaben OncoCoaches an, dass sie dafür zuständig waren, dass Patient*innen die palliative Anbindung kennenlernen oder Patient*innen kontinuierlich betreuten. Zudem übernahmen sie die Beratung (z.B. zu Themen wie Pflege, Hilfsmittel und Anträge), eine unterstützende Rolle für Patient*innen und Angehörige im häuslichen Setting, Hausbesuche, die Beurteilung (der Patient*innen) und arbeiteten mit OCs zusammen oder übernahmen sonstige, nicht weiter definierte Aufgaben. OncoCoaches beschrieben KoPPs auch als Ansprechpartner für Patient*innen, die auch den Kontakt zu Patient*innen aufnehmen. In wenigen Fällen wurde der Handlungsspielraum der KoPPs als klein beschrieben.

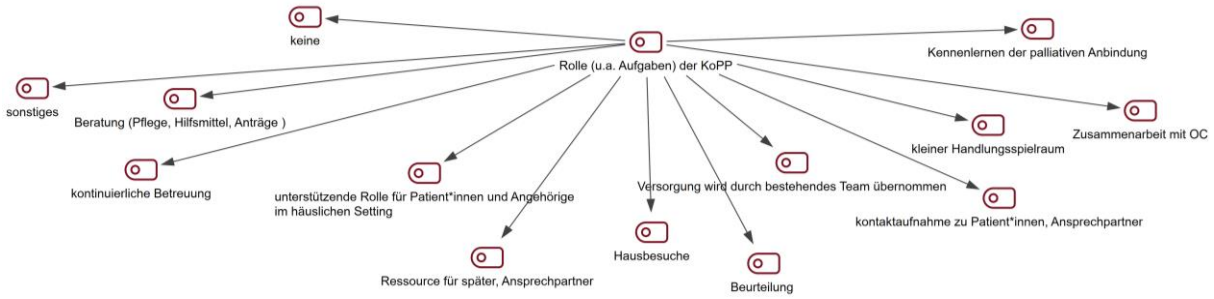


Abbildung 173: Oberkategorie "Rolle (u.a. Aufgaben) der KoPP“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Als **fördernde Faktoren in der Umsetzung der KoPP-Rolle** wurden in einigen Fällen die Teilnahme am Projekt und das dadurch gewonnene Verständnis der OncoCoaches für frühe palliative Integration identifiziert (siehe Abbildung 174). Zudem wurden bestehende Strukturen als förderlich beschrieben. Das bedeutet, dass OncoCoaches teilweise schon vor der Studie mit dem palliativen Team zusammenarbeiteten oder damit vernetzt waren. Es wurde zudem als förderlich beschrieben, wenn die Ansprechpartner (KoPPs) den OncoCoaches z.B. über den Implementierungsworkshop bekannt waren. Darüber hinaus wurden Implementierungshilfen wie der Implementierungsworkshop als fördernder Faktor identifiziert. OncoCoaches und KoPPs zeigten jedoch auch darüber hinaus Initiative für eine Implementierung und führten organisatorische Absprachen. Dabei waren auch niedrigschwellige Kommunikationsstrukturen förderlich.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

OncoCoaches berichteten, dass eine regelmäßige Unterbreitung des (KoPP-)Angebotes förderlich sei, um eigene Routinen in der Aufklärung zu entwickeln. Darüber hinaus trug eine Aufklärung über die frühe palliative Integration wesentlich dazu bei, Verständnis und Akzeptanz seitens der Patient*innen zu fördern (z.B. *„Natürlich ist das für die Patienten erstmal, ähm, ja so ein Schrecken, über palliative Situation zu sprechen. Aber dadurch, dass eben halt diese Metastasierung vorliegt, kann man den Patienten ja eben halt schon sagen. Also es ist jetzt nicht nur an Ort und Stelle begrenzt, sondern die Erkrankung ist einfach schon diesen einen Schritt weitergegangen und wir wissen nie, in welche Richtung es geht. Wir tun natürlich alles dafür usw. Also das ist so, so so ein typisches Prozedere und dann werden die Patienten auch eher zugänglich.“ (OC13, T4, Pos. 137)*). Für die Umsetzung der KoPP Rolle wurde auch die Ansprache der Angehörigen als förderlich beschrieben, da diese die Unterstützung der KoPPs im häuslichen Setting eher annahmen.

OncoCoaches berichteten, dass das positive Feedback der Patient*innen als bedeutsam erwies, da es die Relevanz und Akzeptanz der Rolle unmittelbar widerspiegelt und damit deren Etablierung unterstützt. Schließlich förderte in einigen Fällen auch die Anerkennung durch OncoCoaches und Onkolog*innen die Implementierung, da sie die Rolle innerhalb bestehender Versorgungsstrukturen legitimiert. Einen weiteren Faktor bildeten die Finanzierungsmöglichkeiten, die im Projekt gegeben waren und auch für die Weiterführung der neuen Versorgungsform von Relevanz sind.

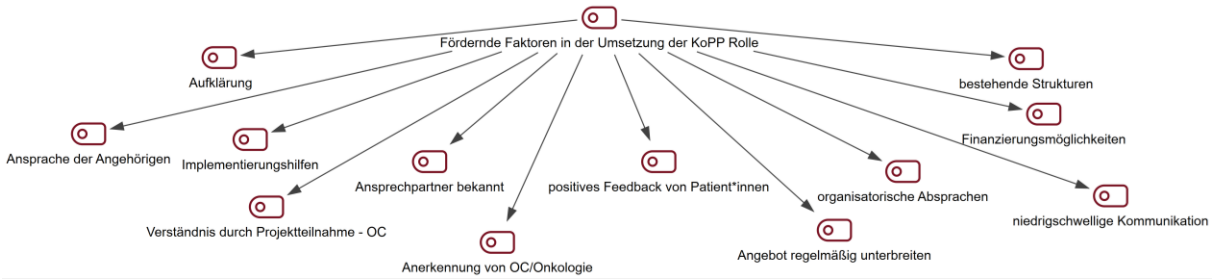


Abbildung 174: Oberkategorie „Fördernde Faktoren in der Umsetzung der KoPP-Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

In den meisten Fällen beschrieben OncoCoaches zu Beginn des Projekts die bestehende Rollenverteilung als **hemmenden Faktor für die Umsetzung der KoPP-Rolle**, da die onkologische Einrichtung in einigen Fällen bereits mit Teams der palliativen Versorgung (z.B. mit dem SAPV-Team) zusammenarbeitete (siehe Abbildung 175). Zudem wurde die unklare Rollendefinition, als hemmend identifiziert, was mit einem fehlenden Verständnis seitens der OncoCoaches verbunden war (z.B. *„Auch das Potenzial mit dem Kop, das kann ich heute noch nicht so beurteilen, ob das gut ist, oder doch nicht so sinnvoll. Das weiß ich heute noch nicht.“ (OC1, T2, Pos. 196)*).

Im weiteren Verlauf des Projekts wurde in den meisten Fällen der fehlende Bedarf für eine frühe Integration seitens der Patient*innen als hemmend beschrieben (z.B. *„Ich also wie sagt, rein theoretisch fand ich die frühe palliative Anbindungen eine sehr gute Idee, wie wir das in der Studie\ Allerdings muss man da sagen. Man hat festgestellt, dass das die Patienten gar nicht so, also nicht alle wollten, sagen wir es mal so rum. Also von daher, vielleicht ist es doch keine gute Idee. Denn die Patienten grundsätzlich wollten das ja eigentlich noch gar nicht.“ (08.05.2023_14Uhr_M05IG, Pos. 68)*). In einigen wenigen Fällen berichteten OncoCoaches, dass entweder der Gesundheitszustand der Patient*innen eine frühe palliative Integration

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

erschwerte oder die Art der Aufklärung deren Umsetzung hemmte (z.B. *„Ähm, im Anfang dieser Studie. Vielleicht war es auch, dass die Patienten gespürt haben, wir sind auch noch unsicher damit und suchen vielleicht nach passenden Sätzen. Und dann hört sich das alles so ein bisschen schwierig an oder auch vielleicht zu dramatisch. Also da habe ich es irgendwie schwierig empfunden. Aber mittlerweile. Ähm, merken die Patienten auch. Also wir nehmen das dann natürlich auch in den Mund und sagen Mensch, wir müssen jetzt hier nicht über ihr Lebensende sprechen, aber sie haben halt eine Erkrankung, die ist jetzt fortgeschritten. Sie werden nicht mehr gesund, Sie brauchen für immer eine Therapie. Also würden wir Ihnen gerne auch das und das Angebot machen. Wie sieht das aus? Wünschen Sie das? Das ist natürlich was anderes, als zu sagen Mensch, Sie sind jetzt in so einer Studie und Sie haben ja auch jetzt eine Metastasierung. Und jetzt haben wir noch eine Palliativfachkraft, und die besucht sie mal zu Hause. Also das ist mal, es ist ja auch immer so, wie man das verpackt. (...) Ja, also insgesamt würde ich sagen, Fifty fifty.“ (OC12, T4, Pos. 223)*).

In wenigen Fällen beschrieben OncoCoaches, dass der KoPP als Kooperationspater*in fehlte, da diese z.B. die Studie frühzeitig beendeten, oder, dass KoPPs nicht erreichbar waren oder durch eine geografische Distanz nicht verfügbar waren. OncoCoaches beschrieben zudem die fehlende Langzeitsicht (z.B. durch fehlende kontinuierliche Betreuung) sowie einen fehlenden Handlungsspielraum seitens der KoPPs als hemmend. In einem Fall konnte das Angebot der frühen palliativen Integration aufgrund von Rollenkonflikten durch persönliche Nähe (Bekanntschaft) nicht umgesetzt werden.

In einigen Fällen wurde die fehlende Implementierungshilfe als hemmend beschrieben, da Unterstützung z.B. für die Gestaltung von Ansprachen fehlte (z.B. *„Genau, aber [das] wollten sie vielleicht auch beweisen mit diesen Interventionsgruppen und nicht Interventionsgruppen. Also dass es auf jeden Fall Sinn macht, die Leute mehr zu unterstützen. Wenn man das Ziel hat, das einzuführen. Äh, da braucht man mehr Unterstützung. Aber es war ja ein sehr ehrgeiziges Projekt, würde ich mal sagen. Also ein Projekt, [.] was untersucht hat, was es noch nicht gibt.“ (OC10, T4, Pos. 274)*).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

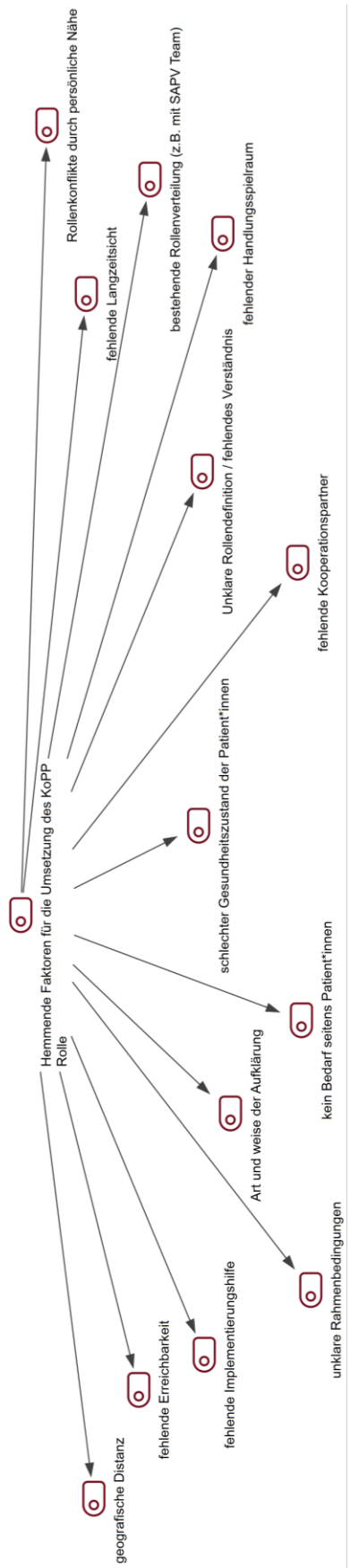


Abbildung 175: Oberkategorie „Hemmende Faktoren in der Umsetzung der KoPP-Rolle“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Implementierung interprofessioneller Interaktion

Als **hemmende Faktoren für die interprofessionelle Interaktion** wurden von den OncoCoaches vor allem Zeitmangel und eine mangelnde Erreichbarkeit benannt (siehe Abbildung 176). Dabei wurde in der Regel die mangelnde Zeit der Onkolog*innen beschrieben, die eine Interaktion erschwert (z.B. *„Es sind halt alle am Rotieren. […] Dann denkt [.] man immer, das ist jetzt nicht wichtig genug, die Ärzte da zu stören. Also da wäre mehr Austausch mit den Ärzten wünschenswert. (OC1, T6, Pos. 228)*).

In wenigen Fällen nannten sie zudem die Anbindung der OC-Rolle, fehlende Absprachen, eine dysfunktionale oder bestehende Rollenverteilung, die Einstellung der Ärzt*innen, die Größe der Einrichtung sowie Fehlinformationen. OncoCoaches berichteten, dass sie wegen der strukturellen Anbindung der Rolle teilweise wenig Kontakt zu Onkolog*innen hatten (z.B. I1: „Da hatten Sie ja eben gesagt, Sie haben wenig Kontakt zu [.] [den Onkolog*innen]?“ OC: „Ja, genau richtig, weil ich quasi in einer ganz anderen Abteilung sitze, am anderen Ende des Hauses.“ (OC1, T6, Pos. 164-165)). In wenigen Fällen war eine gemeinsame Betreuung der Patient*innen nicht möglich, da entsprechende Absprachen mit den Interaktionspartner*innen fehlten, oder weil sich die Rollenverteilung dysfunktional gestaltete (z.B. *„Also was ich wirklich als Herausforderung (.) erlebe ist bei einer auf jeden Fall, dass die nicht guckt, wenn ich sag, sie soll gucken. Also dass sie sich sehr auf mich verlässt.“ (OC8, T4, Pos. 143)*).

Zu Beginn der Studie wurden zudem eine erinnerungsbedürftige Umsetzung trotz Führungssupport und ein unregelmäßiger Einsatz der OC als hemmende Faktoren identifiziert. Dies bedeutet, dass Ärzt*innen trotz einer positiven Einstellung gegenüber der Studie immer wieder an deren Umsetzung erinnert werden mussten. Die OncoCoaches führten zu Beginn der Studie nur wenige Gespräche, sodass die Notwendigkeit einer Interaktion nicht regelmäßig bestand.

In wenigen Fällen wurde eine Zusammenarbeit z.B. über die Patientendokumentation nicht weiter reflektiert wodurch eine interprofessionelle Interaktion verhindert wurde. Zudem wurde vereinzelt der Personalmangel als hinderlich beschrieben. Abbildung 176 zeigt die Oberkategorie **Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Interaktion** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

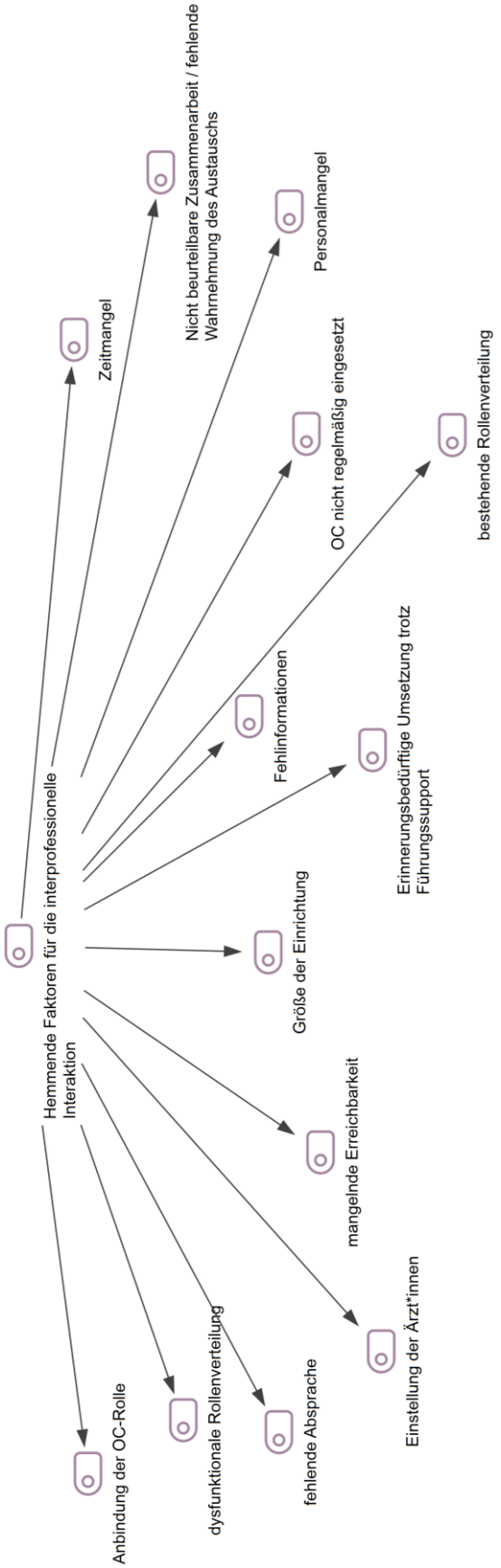


Abbildung 176: Oberkategorie „Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Interaktion“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Am häufigsten nannten die OncoCoaches die Wertschätzung in der Zusammenarbeit, niedrigschwellige Kommunikationswege sowie eine gute Erreichbarkeit als **fördernde Faktoren für die interprofessionelle Interaktion** (siehe Abbildung 177). Die Wertschätzung äußerte sich dabei insbesondere durch Anerkennung und Dankbarkeit (z.B. *„Da ist eine sehr nette onkologische Oberärztin. Die ist anders als der Onkologe im MVZ. Und wenn ich mich mit der über Patienten unterhalten habe. Die hat immer zugehört." (OC12, T6, Pos. 267-269)*). Im Rahmen der niedrigschwelligen Kommunikation beschrieben OncoCoaches, dass man unkomplizierte Strukturen finden müsse, um eine Interaktion zu ermöglichen (z.B. *„[…] also ich habe es in der App jetzt auch ehrlich gesagt zum Schluss einfach gelassen, weil wir einfach andere Kommunikationswege haben, sei es per Mail, wo wir natürlich dann keine vollständigen Namen reinschreiben, oder eben halt per Telefon mit der Palliativfachkraft, also das hat bis jetzt immer wunderbar funktioniert, […]" (OC6, T2, Pos. 53)*).

Weitere Faktoren, die für eine interprofessionelle Interaktion in wenigen Fällen als förderlich identifiziert wurden, waren Vertrauen, eine gemeinsame Sprache, gegenseitiges Verständnis und eine transparente Kommunikation. In wenigen Fällen wurde Vertrauen als förderlich beschrieben, da es Sicherheit im Umgang miteinander schaffte und die Zusammenarbeit erleichterte (z.B. *„Also mir wird großes Vertrauen entgegengebracht in meine Kompetenzen, sowohl ärztlicherseits als auch von den Patienten als auch von den Kollegen." (OC10, T4, Pos. 333)*). Ebenso erwies sich eine gemeinsame Sprache als hilfreich, weil sie Missverständnisse reduziert und eine klare Verständigung ermöglicht (z.B. *„Aber diese Definition von Begrifflichkeiten, die man so umgangssprachlich verwendet in diesem eigenen Metier, sollte jeder mit dem entsprechenden Gegenüber vorher definiert haben, um da Missverständnisse vorbeugen zu können." (OC11, T4, Pos. 102)*). Gegenseitiges Verständnis trug dazu bei, die Perspektiven anderer Berufsgruppen nachzuvollziehen und gemeinsame Lösungen zu entwickeln (z.B. *„Es ist noch viel, viel leichter geworden. Also ich kann es nur weiterempfehlen. [.] Wenn man primär mit einem Palliativversorger quasi zusammenarbeitet, dorthin zu fahren und sich vorzustellen und auch [.] heute in dieser digitalen Zeit auch mal einen Blick von dem zu bekommen, was sie dort tun, auch die Atmosphäre und [.] wie die ihr Büro einrichten und [.] wie sie ihre Arbeit strukturieren. Ja, das hat etwas sehr, sehr Inniges bekommen und es ist überhaupt keine Hemmschwelle da." (OC11, T4, Pos. 100)*). Schließlich stärkte eine transparente Kommunikation die Interaktion, indem sie Abläufe nachvollziehbar machte und Offenheit zwischen den Beteiligten förderte.

OncoCoaches beschrieben bestehende Strukturen als förderlich für die Zusammenarbeit, da sie eine verlässliche Grundlage boten, neue Interaktionstrukturen bei bekannten Interaktionspartnern zu etablieren. Ein regelmäßiger Austausch erleichterte die Abstimmung zwischen den Interaktionspartnern und unterstützte gemeinsame Vorgehensweisen. Abbildung 177 zeigt die Oberkategorie **Fördernde Faktoren für die interprofessionelle Interaktion** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

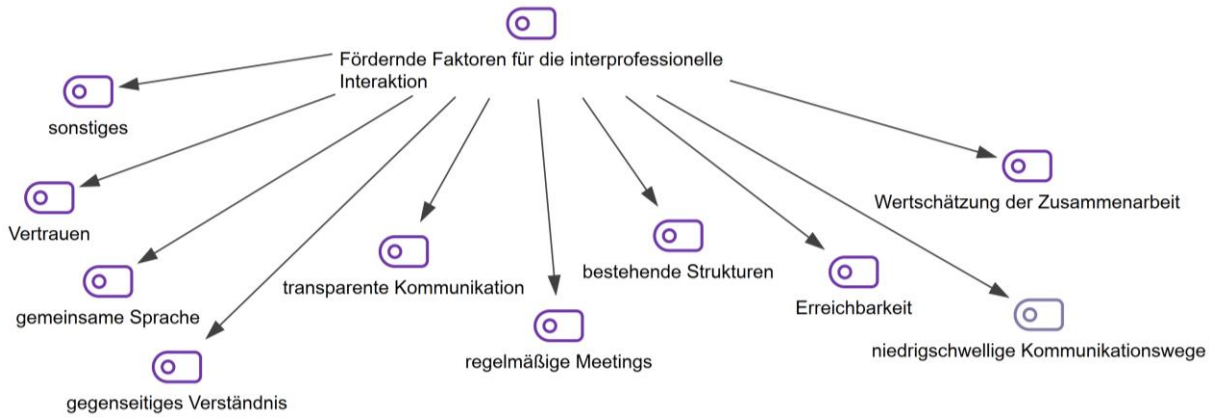


Abbildung 177: Oberkategorie „Fördernde Faktoren für die interprofessionelle Interaktion“ und Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Interaktion zwischen Onkolog*in und OncoCoach

Die OncoCoaches beschrieben die Zusammenarbeit mit den Onkolog*innen als vielfältig und situationsabhängig, was ihre **Wahrnehmung der Interaktion und die Beziehungsgestaltung** prägte (siehe Abbildung 178). In den meisten Fällen war eine klare Inklusion und Integration in das Behandlerteam erkennbar (z.B. *„Also wir behandeln den Patienten zusammen und besprechen uns und es ist ja auch oft so, dass der Patient dann z.B. nach einer Aufklärung, oder wenn er für die Therapie aufgeklärt wird, dann doch noch Fragen an uns hat und deswegen tauschen wir uns da auch eng aus.“ (OC4, T2, Pos. 140-141)*), während andere Situationen durch eine reaktive Kommunikation geprägt waren, die allerdings in flachen Hierarchien meist wohlwollend verlief (z.B. *„[…] die fragen uns auch immer und wir fragen sie, wenn wir was wissen wollen oder wenn uns was auffällt am Patienten, wenn wir den Patienten vorher sehen. Hier, pass mal auf, da ist das und das. Soll ich was tun?“ (OC3, T6, Pos. 207)*).

In einigen Fällen waren Spannungen zu identifizieren, die mit Aushandlungsprozessen verbunden waren (z.B. *„Oder probiere ich immer andere Wege auch zu gehen, dass man mit den Ärzten halt gut und besser kommuniziert oder dass das, dass wir eigentlich wissen, dass es schon auch ein Benefit ist, denn die eigentlich müssen die uns ja nur Bescheid geben und vielleicht noch ein paar kurze Infos, dass wir den Patienten direkt von Anfang an gut mit begleiten können.“ (OC13, T4, Pos. 151)*).

In anderen Fällen war die Kommunikation von stark hierarchischer und eindimensionaler Kommunikation geprägt. Teilweise zeigte sich eine nicht reflektierte, indirekte Zusammenarbeit z.B. über die Patientendokumentation, oder eine hierarchische Interaktion mit instabilen Prozessen (z.B. *„Aber so insofern habe ich mit dem Onkologen nur zusammengearbeitet, wenn [.] was Auffälliges war, dann habe ich mir dann habe ich mich stark gemacht und bin losgegangen.“ (OC2, T6, Pos. 259)*). Daneben wurden auch proaktive, informierende und funktionale Kommunikationsweisen beschrieben, die eine klare Abgrenzung der Rollen ermöglichten (z.B. *„[…] das gab es nur im Vorfeld. Im Vorfeld habe ich auch noch mit dem Onkologen gesprochen.“ (OC4, T6, Pos. 321)*). Abbildung 178 zeigt die Oberkategorie **Wahrnehmung der Interaktion und Beziehungsgestaltung** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

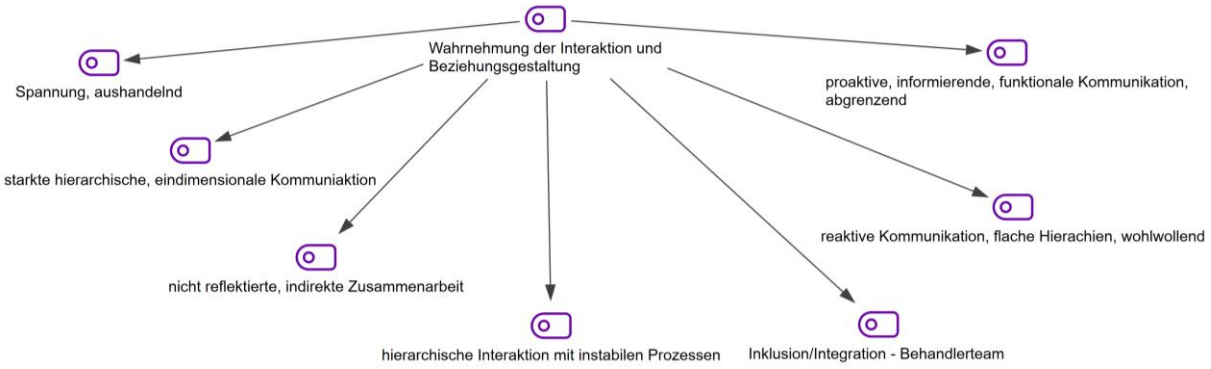


*Abbildung 178: Oberkategorie „Wahrnehmung der Interaktion und Beziehungsgestaltung" in der Kommunikation zwischen OncoCoaches und Onkolog*innen sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches*

Unter Berücksichtigung des **Inhaltes der Interaktion** wurde deutlich, dass OncoCoaches mit Onkolog*innen in den meisten Fällen Rückfragen stellten oder Rücksprache zur Versorgung hielten (siehe Abbildung 179). In einigen Fällen führten OncoCoaches Fallbesprechungen mit Onkolog*innen (z.B. *„[…]und an die Ärzte und die nehmen dann nochmal Kontakt mit uns auf, was sie jetzt dann eher noch mal mit in Angriff nehmen müssten, wo sie anfangen müssen." (OC10, T2, Pos. 97)*). In einzelnen Fällen wurde die Versorgung dokumentiert, organisatorische Absprachen (z.B. zur Delegation oder zur Optimierung von Prozessen) geführt oder Prozesse der Rekrutierung abgestimmt.

In wenigen Fällen wurden Empfehlungen kommuniziert, die durch den OncoCoach initiiert wurden (z.B. *„Da muss erstmal quasi, also wir kennen die ja schon, aber da wird eine kleine Anamnese mit eingeführt und wir geben dann eine Empfehlung mit an die Station und an die Ärzte und die nehmen dann nochmal Kontakt mit uns auf, […]" (OC10, T2, Pos. 97)*). OncoCoaches berichteten, dass eher Anordnungen seitens der Onkolog*innen kommuniziert wurden (z.B. *„Manchmal ist es schon so, dass sie uns dann auch anrufen mittlerweile oder uns Bescheid geben oder sagen, ruft den doch nochmal an." (OC13, T4, Pos. 101)*). Im Einzelnen wurden zudem Informationen über Patient*innen, wie den Gesundheitszustand kommuniziert. Abbildung 179 zeigt die Oberkategorie **Inhalte der Interaktion** sowie die identifizierten Unterkategorien.

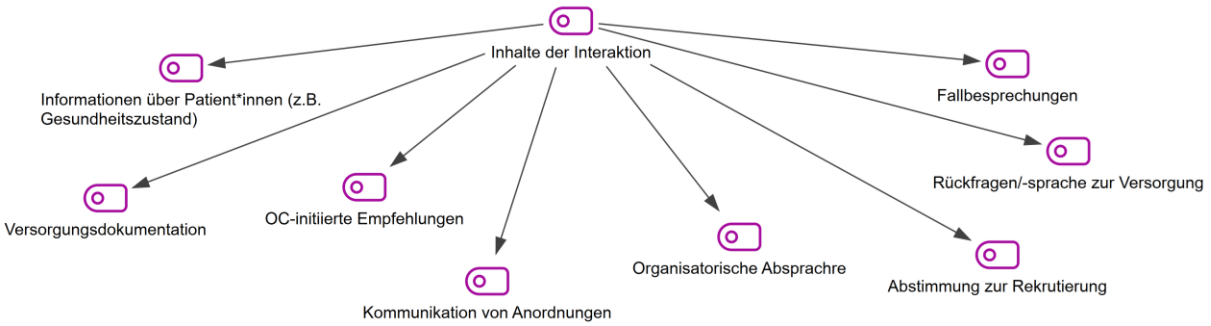


*Abbildung 179: Oberkategorie „Inhalte der Interaktion" zwischen OncoCoaches und Onkolog*innen sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Rahmen der Oberkategorie **Art der Kommunikation** zeigt sich, dass OncoCoaches und Onkolog*innen überwiegend einen persönlichen und in einigen Fällen einen schriftlichen Austausch führten. In seltenen Fällen kommunizierten die Interaktionspartner*innen telefonisch oder die Art der Kommunikation war unklar. Abbildung 180 zeigt die Oberkategorie **Art der Kommunikation** sowie die identifizierten Unterkategorien.

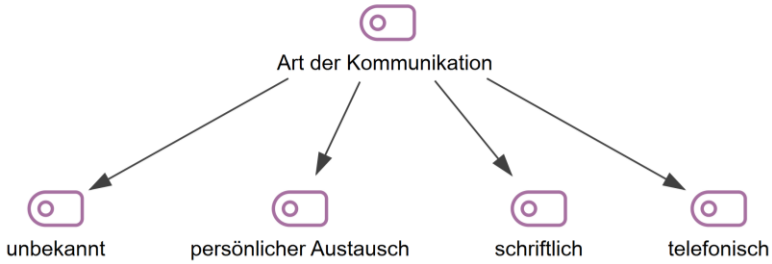


*Abbildung 180: Oberkategorie „Art der Kommunikation“ zwischen OncoCoaches und Onkolog*innen sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches*

Interaktion zwischen OncoCoach und KoPP

Die **Wahrnehmung der Interaktion und Beziehungsgestaltung** zwischen OncoCoaches und KoPPs wurde in unterschiedlichen Szenarien beschrieben (siehe Abbildung 181). In den meisten Fällen beschrieben OncoCoaches eine regelmäßige funktionale, informierende Kommunikation mit einem einseitigen Charakter. In einigen Fällen wurde die Kommunikation durch eine Aushandlung und Beziehungsgestaltung geprägt (z.B. *„Wir haben uns jetzt geeinigt, dass wir da jetzt alle Patienten erstmal aufnehmen […].“ (OC1, T2, Pos. 323)*).

Teilweise war eine klare Inklusion und Integration in das Behandlerteam erkennbar (z.B. *„Also wir haben jetzt eine Patientin eingeschleust, die wir mit dem KoPP gemeinsam bereuen.“ (OC1, T2, Pos. 208)*), während in anderen Fällen keine Interaktion stattfand (z.B. *I1: „Gab es schon einen Austausch zwischen Ihnen und der KoPP?“ OC: „Nein. Nicht gewünscht.“ (OC9, T4, Pos. 80-81)*). In wenigen Fällen wurde eine regelmäßige, funktionale, informierende Kommunikation mit einem zweiseitigen Charakter oder ein Austausch bei Bedarf mit einem unstrukturierten kooperativen Charakter beschrieben. In wenigen Fällen wurden die Fundstellen der Unterkategorie „sonstiges“ zugeordnet. Abbildung 181 zeigt die Oberkategorie **Wahrnehmung der Interaktion und Beziehunsgestaltung** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

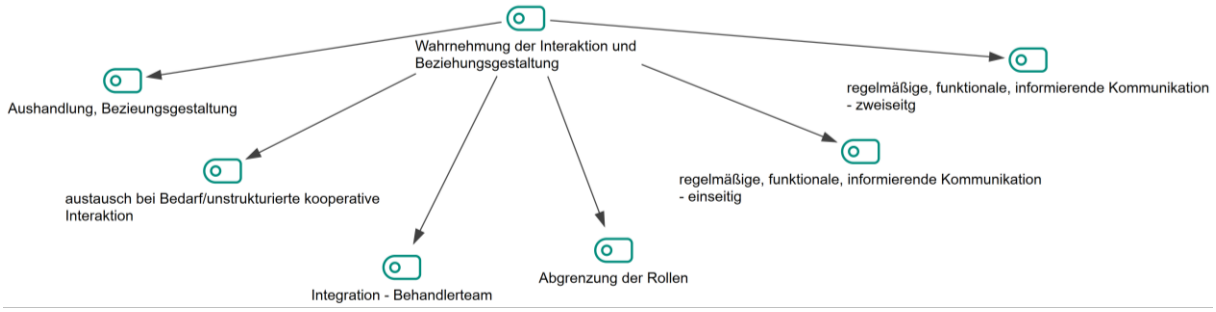


Abbildung 181: Oberkategorie „Wahrnehmung der Interaktion und Beziehungsgestaltung" in der Kommunikation zwischen OncoCoaches und KoPPs sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Unter Berücksichtigung des **Inhaltes der Interaktion** wurde deutlich, dass OncoCoaches mit KoPPs in den meisten Fällen Informationen über Patient*innen (z.B. Gesundheitszustand) austauschten (z.B. *„Also das palliative Pflege Pflegepersonal, die KoPPs, die sind zum Beispiel bei der Patientin von Anfang an mit informiert worden." (OC1, T4, Pos. 68)*). In einigen Fällen führten OncoCoaches organisatorische Absprachen oder kommunizierten Maßnahmen (z.B. *„[…] und die waren dann vor Ort und haben dann aber auch entschieden, dass er sofort palliative Unterstützung benötigt." (OC4, T2, Pos. 331)*). In wenigen Fällen wurden den Interaktionspartner*innen akute Veränderungen der Patient*innen kommuniziert.

In einzelnen Fällen wurde zudem die Abgrenzung der Rollen thematisiert (z.B. *„[…] und der KoPP natürlich insofern auch dasteht und sagt, klar, es ist für uns eine [.] neue Situation, eigentlich pflegen wir ja, und jetzt sollen wir nur beraten und die Frage der KoPPs hat sich insofern aufgeworfen, dürfen wir denn auch überhaupt was zur Pflege sagen? Und da habe ich gesagt, ja gut, das müsst ihr eben klären, da kann ich auch nichts zu sagen, aber die KoPPs sollten schon doch auch eine, eine große Rolle zugeordnet bekommen, weil die ja letztendlich doch die die sind, die am Schluss vor Ort sind." (OC11, T2, Pos. 213)*). Abbildung 182 zeigt die Oberkategorie **Inhalte der Interaktion** zwischen OncoCaches und KoPPs sowie die identifizierten Unterkategorien.

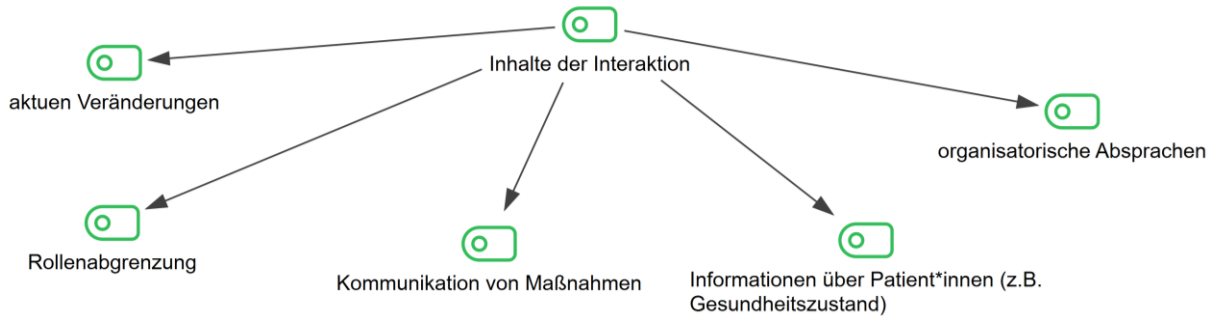


Abbildung 182: Oberkategorie „Inhalte der Interaktion" zwischen OncoCoaches und KoPPs sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

Im Rahmen der Oberkategorie **Art der Kommunikation** zeigt sich, dass OncoCoaches und KoPPs überwiegend einen persönlichen und schriftlichen Austausch führten. In seltenen Fällen kommunizierten die Interaktionspartner*innen telefonisch. Abbildung 183 zeigt die Oberkategorie **Art der Kommunikation** sowie die identifizierten Unterkategorien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

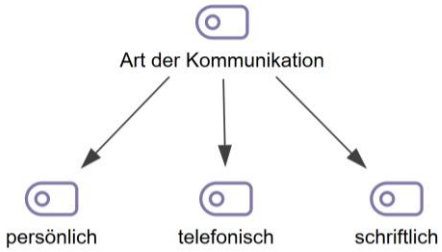


Abbildung 183: Oberkategorie „Art der Kommunikation“ zwischen OncoCoaches und KoPPs sowie Unterkategorien der Interviews mit OncoCoaches

3.2.4.7 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – KoPPs

Die Dimension „Implementation“ des RE-AIM-Frameworks fokussiert auf die Frage, wie eine Intervention unter realen Bedingungen tatsächlich umgesetzt wird. Dabei stehen nicht nur die inhaltliche Konsistenz und Qualität der Durchführung im Mittelpunkt, sondern ebenso strukturelle, kommunikative und organisationale Rahmenbedingungen. Im OnCoPaTh-Projekt ist die Rolle der KoPP zentral für die Umsetzung des Konzepts. Ihre Funktion an der Schnittstelle zwischen Patient*innen, Angehörigen, Onkolog*innen, Hausärzt*innen und anderen Berufsgruppen bestimmt maßgeblich, wie gut die neue Versorgungsform in den Versorgungsalltag integriert werden kann.

In den Interviews mit den Teilnehmenden der IG und der VG II wurden dabei insbesondere vier Themenfelder deutlich: das Rollenselbstverständnis und die Anforderungen an die KoPP, hemmende Faktoren in der Versorgungspraxis, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie strukturelle Hürden und Verbesserungsvorschläge für eine nachhaltige Implementierung. Die Analyse basiert auf Interviews aus allen drei Erhebungszeitpunkten, wobei der Schwerpunkt auf den Aussagen aus T7 liegt. Zu diesem Zeitpunkt hatten die Teilnehmenden bereits umfangreiche Erfahrungen mit der Projektumsetzung gesammelt, was differenziertere Einschätzungen zur praktischen Umsetzung, zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie zu strukturellen Hürden und Gelingensbedingungen ermöglichte. Die Aussagen aus T7 bieten somit besonders fundierte Einblicke in die Implementation der KoPP-Rolle unter realen Versorgungsbedingungen und reflektieren sowohl individuelle Lernprozesse als auch institutionelle Entwicklungen im Projektverlauf.

Folgende Subkategorien wurden zur Auswertung der Dimension „Implementation“ gewertet:

5.5 Hemmende Faktoren Inanspruchnahme Palliativversorgung

6.1 Gestaltung Austausch OC KoPP

6.2 Hemmende Faktoren Interprofessionelle Kommunikation

6.3 Veränderungen in der Kommunikation

6.4 Veränderungsbedarf Gestaltung Austausch

7.1 Rolle KoPP

7.2 Fördernde Faktoren Rolle KoPP

7.3 Hemmende Faktoren Rolle KoPP

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

7.4 Veränderungsbedarf Rollenanforderungen KoPP

Rollenselbstverständnis und Anforderungen an KoPP

Die KoPPs sehen sich selbst als Bindeglied zwischen Patient*innen, Angehörigen und Praxisteam. So beschreibt eine KoPP ihre Funktion als *„die Brücke zwischen dem, was zu Hause stattfindet und den Onkolog*innen“ (VG II, K19, T2, Abs. 62).* Diese vermittelnde Rolle setzt eine hohe kommunikative, empathische und emotionale Kompetenz voraus.

Über alle Kohorten und Erhebungszeitpunkte hinweg wurde ein weitgehend übereinstimmendes Anforderungsprofil an die KoPP-Rolle formuliert. Neben fachlicher Expertise betonten die Befragten insbesondere die Fähigkeit, mit emotional belastenden Themen wie Traurigkeit, Angst oder dem nahenden Lebensende professionell umzugehen. *„Nicht in einen Aktionismus zu verfallen“ (IG, N02, T7, Abs. 48)*, sondern Gelassenheit auszustrahlen, sei dabei entscheidend.

Als zentrale Voraussetzungen wurden Empathie, ein wertfreies Menschenbild und die Fähigkeit zur emotionalen Begleitung hervorgehoben: *„Sie muss empathisch sein. Sie muss ein wertfreies, sehr positives Menschenbild haben.“ (VG II, N07, T2, Abs. 193).* Auch die Sensibilität im Umgang mit Angehörigen wurde hervorgehoben: *„Verständnis ist tatsächlich auch etwas, was ich im Laufe der Jahre viel mehr gelernt habe […] nicht nur bei Patient*innen, sondern auch bei Angehörigen“ (IG, K24, T4, Z. 73 – 74).*

Insgesamt äußerten die Teilnehmenden der IG Zufriedenheit mit dem stattgefundenen Implementierungsworkshop: *„also die Schulung, die war ja sehr intensiv […], da habe ich mich jetzt gut vorbereitet gefühlt“ (IG, K24, T2, Abs. 150).* Ein KoPP äußerte darüber hinaus den Wunsch nach einer Erweiterung der Schulungen um spezifische Rollenspiele zur Vorbereitung auf herausfordernde Gesprächssituationen: *„Man hätte zum Beispiel [...] zwei Tage oder so machen können, wo man vielleicht auch noch mal Gesprächssituationen einübt, weil es sind ja immer schwierige Situationen, in denen man steckt“ (IG, K20, T4, Abs. 110).*

Als mögliche Lösungsansätze zur Stärkung der KoPP-Rolle der VG II wurden eine klarere Aufgabenverteilung (*„Leitfaden mit Hol- und Bringschuld“, VG II, K19 Teil 2, T4, Abs. 76*) sowie die Einbindung der KoPP in Fallbesprechungen genannt: *„es wäre manchmal hilfreich gewesen, wenn wir z.B. auch als KoPP an so einer Fallbesprechung hätten teilnehmen können und die Veränderung, die der Patient über die Zeit gemacht hat mitzubekommen.“ (VG II, M12, T7, Abs. 17).* Dies betont die Sinnhaftigkeit der durchgeführten Implementierungsworkshops der IG im Rahmen der Implementierungsstrategie und deutet auf eine fehlende Vorbereitung der VG II und deren Rolle im Implementierungsprozess hin.

Strukturelle Hürden im Versorgungsalltag

Ein zentrales Hindernis für die erfolgreiche Implementierung der KoPP-Rolle sind strukturelle Rahmenbedingungen wie Zeitmangel und Personalengpässe. Mehrere Interviewte betonten, dass die begrenzte Verfügbarkeit im Versorgungsalltag eine kontinuierliche Betreuung erschwert: *„Zeit war jetzt unser größtes Problem“ (VG II, N30, T4, Abs. 124)*. Auch unter hohem Druck versuchten die Beteiligten, ihre Rolle bestmöglich wahrzunehmen, stießen dabei jedoch an organisatorische Grenzen: *„Ich glaube, die [OncoCoaches] haben im Stress der Hektik versucht, trotz all dem sich ein bisschen Zeit zu nehmen. Aber klar, die haben sie nicht wirklich im echten Leben und im Geschäft.“ (VG II, N30, T7, Z. 167 -168)*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der Wunsch nach personeller Verstärkung war ebenfalls wiederkehrend. Eine KoPP schildert rückblickend: *„Und wir haben jetzt auch überlegt, uns auch noch mal anders aufzustellen und auch noch mal mit mehr Personal auch ein Stück länger in der Versorgung zu bleiben, soweit uns das möglich ist. Um dann noch mehr Unterstützung zu leisten, noch mehr Lebensqualität und noch mehr Möglichkeiten. Aber man muss sagen, dass es immer schwieriger geworden ist. Vor sieben, acht Jahren war das noch anders." (VG II, K25, T4, Z. 110 – 112)*

Interprofessionelle Zusammenarbeit: Potenziale und Barrieren

Die Zusammenarbeit zwischen KoPP und anderen Berufsgruppen, insbesondere den OncoCoaches, war ein zentrales Thema in den Interviews. Während einige Teilnehmende von einer zunehmenden Annäherung berichteten (*„Es ist mehr Nähe entstanden. Also mehr Nähe als es vorher war. Das ist total gut" (VG II, N30, T7, Z. 36 - 37)*), gab es auch Hinweise auf Kommunikationslücken und fehlende Rückmeldestrukturen: *„wir haben keine Rückmeldung gekriegt, wie Patient verstorben oder Patient verschlechtert" (IG, K24, T7, Abs. 126).* Hierbei spielt es keine Rolle, dass die IG, im Unterschied zur VG II, an dem Implementierungsworkshop, zur Festigung von zwischenmenschlichen Strukturen und Kommunikationsabsprachen teilgenommen hat. In manchen Fällen erfolgte die Information über das Versterben von Patient*innen mit deutlicher Verzögerung, teils erst Wochen später durch den Hausarzt oder die Palliativstation. Dies könnte an der ebenfalls unzureichenden intersektoralen Kommunikation zwischen der Praxis und dem Krankenhaus liegen: *„Barrieren waren, dass halt auch die onkologische Praxis nicht ausreichend informiert war. Also da kam ja Tage oder Wochen sogar nach dem Versterben erst die Post vom Hausarzt und von der angrenzenden Palliativstation." (VG II, K19, Teil 2, T7, Abs. 60)*

Trotz dieser Herausforderungen entwickelte sich im Projektverlauf in beiden Kohorten zunehmend ein gegenseitiges Verständnis für die Arbeitsweise der jeweils anderen Berufsgruppen): *„Also wir sind enger vernetzt, insbesondere der OncoCoach […]. Also wir haben jetzt schon eine andere Verbindung. Ich verstehe ihre Arbeit – machen wir uns auch nichts vor, ich bin im Hospiz- und Palliativkontext unterwegs und habe teilweise auch nicht so auf dem Schirm was in den onkologischen Ambulanzen abläuft. Ich habe viele Sachen deutlich besser verstanden. Aber genauso wie Sie es auch verstanden hat wie wir arbeiten." (IG, K35, T7, Abs. 26).* Dies wurde als Voraussetzung für einen wertschätzenden Austausch hervorgehoben: *„Man sieht einfach, dass Dinge, die am Anfang noch schwierig sind, Missverständnisse, die sich nach einer gewissen Zeit einspielen und es flüssiger läuft, auch weil man sich natürlich vertraut, weil man sich kennt, weil der andere seine Arbeit auch wertschätzt und weiß – also das ist es zusammengefasst. Es lief am Ende sehr, sehr rund." (IG, K35_rs, T7, Abs. 21)*

Im Zeitverlauf äußerte eine Teilnehmerin: *„Die Vernetzung mit dem OnCoCoach war wirklich gut, also die Hürde ist einfach halt, dass man zu Anfang sich erstmal beschnuppern und kennenlernen musste, wie die einzelnen, also was ist meine Aufgabe, was ist deren Aufgabe." (IG, K35, T7, Abs. 157)* und eine andere: *„dass man da so dieses, mehr Offenheit erfahren hat, das habe ich schon so ein bisschen das Gefühl, gerade auch mit Frau *Name OncoCoach*, die kannte ich vorher gar nicht und wir haben uns wirklich sehr gut angenähert so." (VG II, M12, T7, Abs. 131)*

Neben zwischenmenschlichen Aspekten wurden auch strukturelle Barrieren wie Datenschutz und fehlende digitale Schnittstellen benannt. Die datenschutzrechtlichen Einschränkungen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

erschwerten den Informationsaustausch: *„Weg mit dem Datenschutz. Also der Datenschutz ist wichtig, aber wir müssen ja alle irgendwie kommunizieren miteinander. Und wenn ich nichts austauschen darf, dann wird es halt auch schwierig.“ (VG II, K25, T4, Abs. 150).* Eine weitere interviewte Person schildert: *„Es ist schwieriger, wenn der Datenschutz sagt, ihr dürft das nicht per E-Mail machen und da bleibt ja eigentlich nur das Telefon und das ist manchmal ein bisschen schwieriger.“ (VG II, M12, T7, Abs. 54)*

Als Lösung schlug eine interviewte Person vor, dass Patient*innen ihren Hausarzt zugunsten der Versorgung im OnCoPaTh-Projekt der Schweigepflicht entbinden könnten: *„ich habe das jetzt nicht im Blick, wie die Datenschutzverordnung ist und ob mir die Patient*innen dann auch unterschreiben, dass ich zum Beispiel zum Hausarzt Kontakt aufnehmen darf, also wenn mehr wüssten, wer ich bin, glaube ich, würde man mehr informiert.“ (VG II, K19 Teil 1, T7, Abs. 19)*

In der VG II wurde wiederholt der Wunsch nach einer gemeinsamen, digitalen Kommunikationsplattform geäußert, die sektorenübergreifend genutzt werden kann: *„Ein System […], was browserbasiert ist, wo man auch Hausärzte mit einbinden könnte, mit dem man eng zusammenarbeitet, die auch gucken können oder wo sich Onkolog*innen mit einbinden könnten, eine Kommunikationsplattform und eine Plattform zum Austausch von Daten und Informationen. Es würde viel, viel vereinfachen.“ (VG II, K25, T4, Abs. 150)*

Die Aussage verdeutlicht den Bedarf an einer benutzerfreundlichen, vernetzten Infrastruktur, um die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren im Versorgungsprozess zu erleichtern.

In der IG hingegen wurde die Komplexität des eingesetzten Dokumentationssystems mehrfach als hinderlich wahrgenommen. Die geringe Fallzahl führte zusätzlich zu einem Mangel an Routine im Umgang mit der Software, was wiederum Frustration auslöste:

*„Also, die Dokumentationsanforderungen waren ja schon relativ hoch und für uns auch so ein bisschen kompliziert […]. Da haben wir uns immer ein bisschen schwer getan oder mussten uns noch mal Hilfe holen. Das hat aber vielleicht auch was damit zu tun, dass wir es so selten gemacht haben, weil wir so wenig Patient*innen hatten.“ (IG, K20, T7, Abs. 212)*

Darüber hinaus wurde die parallele Nutzung mehrerer Systeme als zusätzliche Belastung empfunden: *„wir haben ja sozusagen, eine Doppel-Dokumentation geführt, weil wir ja auch unser eigenes Dokumentationssystem haben, wo die Patient*innen auch noch mal auftauchen. Da war die Anforderung schon relativ hoch.“ (IG, K20, T7, Abs. 212)*

Auch persönliche Faktoren wie geringe Motivation oder zwischenmenschliche Spannungen wurden als hinderlich beschrieben: *„Ich habe noch selten jemanden erlebt der so wenig Interesse an dem hat was er da machen soll.“ (IG, N02, T7, Z. 77 – 78)* oder *„Aber wenn dann einer meint, der hat den Hut auf und dann bricht das auch sehr schnell auseinander.“ (VG II, N30, T7, Abs. 57).* K20 (IG) hat vom OncoCoach *„keine Reaktion mehr […] auf die letzten E-Mails“ (IG, K20, T7, Z. 191-192)* erhalten, die Fortführung des Projekts war somit gefährdet.

<u>Integration palliativer Versorgung: Haltung und Aufklärung als Schlüssel</u>

Ein weiteres zentrales Thema war die oftmals erschwerte Inanspruchnahme palliativmedizinischer Angebote trotz erkennbaren Bedarfs. Insbesondere die Haltung einzelner Hausärzt*innen in Bezug auf Palliativversorgung wurde als hemmend beschrieben: *„Es gibt Hausärzte, die befürworten das sehr eine SAPV. Es gibt Hausärzte, die sagen Ich, ich*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

mache hier alles selber und wozu brauchen wir das? Die auch sehr kurativ sind, die dieses Palliativ und SAPV noch gar nicht so verstehen“ VG II, K25, T4, Abs. 30). Auch bei Onkolog*innen wurde vereinzelt eine kurativ geprägte Grundhaltung beobachtet, die der Integration palliativer Angebote entgegensteht: *„Manche Onkolog*innen mögen nicht gerne palliativ versorgen, weil dann eben klar ist, dass die onkologische Behandlung nicht getragen hat, so. Das ist manchmal ein Problem.“ (VG II, M12, T7, Abs. 41)*

Die Interviews verdeutlichen, dass die individuelle Haltung entscheidenden Einfluss auf die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Palliativdiensten und die Umsetzung des OnCoPaTh-Projekts hat: *„Je nachdem, wie ernsthaft der Onkologe das möchte und wie er es halt vermittelt, ja. Ich glaube dann können auch Angebote angenommen werden.“ (VG II; N30, T7, Abs. 66).* Gleichzeitig wurde betont, dass es auch strukturelle Hürden innerhalb der Praxen gibt, etwa fehlende Präsenz multiprofessioneller Teams oder mangelnde Patient*innenaufklärung: *„und ich glaube, wenn ein Patient gar nicht weiß, was ist eigentlich palliativ, dann ist die Frage, wie viel Wahl hat er dann?“ (IG, K31, T7, Abs. 100).*

Einige Patient*innen befürchten, dass ihnen durch die Teilnahme an einem palliativen Netzwerk bestimmte Therapien verwehrt bleiben könnten: *„Weil die denken <Wenn ich jetzt in einem palliativen Netzwerk bin bekomme ich vielleicht bestimmte Therapien nicht>“ (IG; K35, T7, Abs. 93).* Hinzu kommt, dass die individuelle Krankheitsverarbeitung eine Rolle spielt, da nicht jede*r Patient*in in jeder Krankheitsphase für Angebote der Palliativmedizin offen ist: *„Ein Patient [ist] nicht in jeder Phase zugänglich […] für das Angebot Palliativmedizin“ (IG, K31, T7, Abs. 128).* Diese Aspekte machen deutlich, wie wichtig eine umfassende und sensible Aufklärung durch die behandelnden Onkolog*innen ist. Dabei sollte auch vermittelt werden, dass in der Palliativversorgung andere Prioritäten an Bedeutung gewinnen (*„Wir können nicht alle heilen, da ist jemand sterbenskrank, jetzt spielen ganz andere Sachen eine Wichtigkeit“ (IG, K35_rs, T7, Abs. 92)*).

3.2.4.8 Interviews mit Patient*innen (der IG)

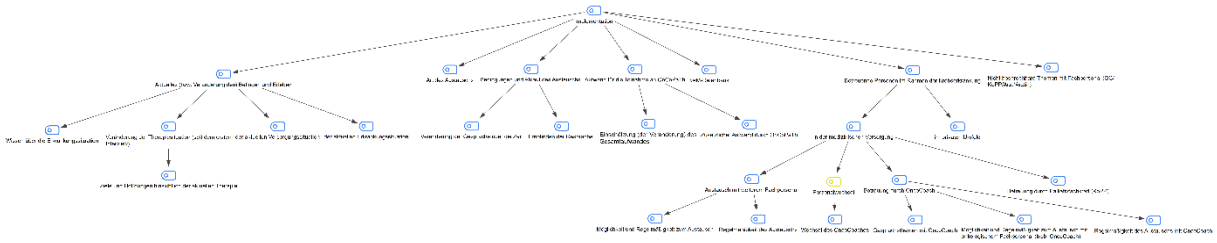


Abbildung 184: Oberkategorie „Implementation“ und Unterkategorien der Patienteninterviews

Im Rahmen der Dimension „Implementation“ (Abbildung 184) der ersten Interviewrunde zu T2 berichtete der Großteil der interviewten IG-Patient*innen, dass es ihnen der Krankheit entsprechend „gut“ ginge und, dass sie die Versorgungssituation ebenfalls subjektiv als „gut“ beschreiben würden, beispielsweise: *„P2: Also, mir geht es soweit gut. Ich bin momentan in Behandlung, also sprich in Chemotherapie. Und mir geht es im Prixnzip ja schon gut. Also ich merke natürlich die Krankheit, also dass ich merke, wenn ich laufe oder wenn ich mal eine Treppe laufe. Da fehlt mir einfach die Ausdauer. Aber ansonsten geht es mir eigentlich gut.“ #00:00:58-6# (P1, T2, Pos. 14)* oder *„P: Mir geht es verhältnismäßig gut.“ (P2, T2, Pos. 13)*. Einigen Patient*innen ging es *„sehr, sehr gut“ (P7, T4, Pos. 12)*, sodass sie zum Teil die Erkrankung vergaßen *(„Manchmal vergesse ich sogar, dass ich krank bin.“ #00:00:49-8# (P7,*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

T4, Pos. 12). Die Kombination eines subjektiv guten Befindens mit einer guten Versorgungssituation berichteten Patient*innen ebenfalls häufig, wie zum Beispiel: *„P: […] Also mir geht es gut. Mir geht es sogar ziemlich gut. Und meine Versorgungssituation ist, besser kann es gar nicht sein. Also was ich von Bekannten höre, die woanders sind, da da/ Ja einige sagen dann, wir wechseln, wir kommen da auch hin. Ja. Das ist wirklich toll.“ (P5, T2, Pos. 15)*. Im Gegensatz dazu stehen die Fälle, bei denen es Patient*innen*„nicht so gut“ (P9, T2, Pos. 13)* geht, die Versorgungssituation aber *„bestens“ (P9, T2, Pos. 13)* ist. Einige der Patient*innen berichteten hinsichtlich ihres **Befindens und Erlebens der aktuellen Erkrankungs- und Versorgungssituation** Schwankungen im zeitlichen Verlauf, z.B. aufgrund von Änderungen in der Therapie: *„ Also ich merke im Moment/, ich bilde mir ein, ich sage es mal so die, die, die der erste (KURZES STOTTERN), die erste Chemotherapie, die ich letztes Jahr im September begonnen hatte, da (KURZES STOTTERN) da hatte ich vom Gefühl her, da (habe ich?) besser angesprochen. Also ich merke im Moment, dass meine Leber drückt und das war eben bei der ersten Chemotherapie war das nicht der Fall. #00:03:46-0# (P1, T2, Pos. 24)“* oder auch einer Umstellung der Therapie geschuldeten Veränderung: *„P: Also mir geht es gut ne. Also stand immer jetzt ne. Die Versorgungssituation, die wird sich wahrscheinlich ab nächster Woche ändern, weil Chemo die greift nicht so, wie sie eigentlich greifen sollte. Und jetzt mache ich wahrscheinlich Nuklearmedizin ab nächste Woche. Aber das stellt sich erst morgen raus.“ #00:01:03-3# (P3, T2, Pos. 13).* Oder auch einfach aufgrund des Verlaufs der Erkrankung, sodass sich der Zustand verschlechtert: *„P: (...) Ja, es geht halt irgendwann geht es ja mal bergab. Man kennt ja die Krankheit. #00:00:57-6# […] wie gesagt jetzt Haushaltsführung sowas ist, wird immer schwieriger. Und da mach ich mich jetzt nächste Woche mal dran, dass ich mich da mal durchbeiße und mir verschiedene Dinge anhör. Ich komme alleine nicht mehr raus, komm alleine nirgendswo mehr hin. Das ist nicht sehr befriedigend, ne.“ #00:12:33-6# (P3, T6, Pos. 17 und Pos. 101)* oder *„P: Die haben noch was gefunden. Muss man operieren. Haben sie noch was gefunden jetzt muss ich nochmal einen MRT-Termin machen. Und (schauen wir mal?) entweder Bestrahlung oder Operation. //Ich weiß es nicht//“ #00:00:38# (T6_15022024_K-3.Interview_JB_09072024_FERTIG, Pos. 15).* Ein verschlechterter Zustand hing folglich auch zum Teil mit einer veränderten Versorgungssituation zusammen: *„P: […] Ich meine, ich bin halt mehr auf Hilfe angewiesen. So so, Haushalts technisch oder so was kriege ich nichts mehr auf die Reihe, weil ich mittlerweile im Rollstuhl sitz die meiste Zeit. Aber sonst ist alles gut. #00:01:22-2# (P3, T6, Pos. 19-21)*. Von konkreten Nebenwirkungen der Therapie oder der Therapieumstellung erzählten weitere Patient*innen auch im zu einem späteren Interviewzeitpunkt: *„P: Also mir geht’s ganz gut. Die Chemo macht mir immer kaputt aber das ist normal unv. Aber so fühle ich mich eigentlich ganz gut. Ich hab halt nur ein Ausschlag, der geht halt nicht so schnell weg, weil der kommt von der Chemo wahrscheinlich, wie der Arzt gesagt hat.“ (P6, T4, Pos. 12)* oder auch *„P: […] Das einzige Handicap, was ich noch immer noch habe, ist halt von der Chemo die Nervenschädigungen an den Händen und Füßen.“ #00:00:53-2# (P15, T6, Pos. 12)*. Die Schwankungen bezogen auf die Krankheit fielen zum Teil aber auch positiv für die Patient*innen aus, sodass sie im Verlauf ihrer Krankheit phasenweise Besserungen erlebten: *P: Im Moment geht es mir relativ gut. Ich habe also gemerkt, dass ich in letzter Zeit wieder aufgebaut habe, mehr Kondition habe. Und ich würde also sagen, ich bin im Moment mit dem Zustand recht zufrieden. #00:00:53-1# (P16, T6, Pos. 14)* oder auch *„P: Und heute bin ich eigentlich so fit wie noch nie wie schon lange nicht mehr.“ #00:14:52-9# (P5, T6, Pos. 30)*. Einigen der Patient*innen ging es sogar so gut, dass sie in ihrem Alltag durch die Krankheit nicht eingeschränkt wurden: *„Aber es ist ja nichts. #00:04:17-4# (P3, T2, Pos. 39)*) und ihren Alltag, inkl. ihrer Arbeitstätigkeit, wie bisher weiterführen konnten „P: Und wie

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

gesagt, ich gehe meinen Alltagsleben nach. Ich gehe arbeiten. Ich bin jetzt in der Mittagspause und fahr nachher weiter.“ #00:04:29-7# (P3, T2, Pos. 43). Manche der Patient*innen fühlten sich eigentlich „genau so, als seien sie gesund“: *„Das ist/ Wissen Sie ich (hock?) nicht Zuhause trauer um (Sache?) böse Welt oder sonst was. Ich fühle mich eigentlich genauso, als wäre ich gesund.“ #00:06:04-2# (P3, T2, Pos. 55)* oder *„Ich habe keine Schmerzen. Ich habe nichts. Ich habe nichts. Ja? Und ich führe mein Leben exakt vom ersten Tag an so weiter außer den paar Tagen“ (P5, T2, Pos. 17)*. Zum Teil fragten sich Patient*innen (bezogen auf die Fragebögen) *„manchmal, warum ich das immer alles ausfülle. Weil es mir in meinen Augen dafür eigentlich noch zu gut geht. Ich kann immer so selten was ankreuzen.“ (P10, T2, Pos. 51)*, aufgrund ihrer allgemein guten Verfassung. Sowohl krankheits- als auch therapiebedingte Faktoren führen dazu, dass Betroffene regelmäßig mit ihrer Erkrankung konfrontiert und fortlaufend an diese erinnert werden: *„Ich kriege, wenn ich aus der Chemo rauskomme, kriege ich also noch zwei Tage 48 Stunden lang so eine dumme Pumpe mit, die hängt mir um den Hals. Die finde ich ziemlich ätzend. Aber aber ich sage mal, wenn es nicht anders geht, dann ist es halt so fertig. (P5, T2, Pos. 17)“*.

Ein Teil der Patient*innen berichtete von einem „mittlerem“ aktuellen Befinden *(„P: Ach. Wie es mir geht ja. Man hält es aus. Sagen wir’s mal so. Also zwischen zwischen eins und zehn würde ich sagen sechs.“ (P4, T2, Pos. 13))* oder auch von einem subjektiv schlechten Befinden, wobei dies losgelöst von der Versorgungssituation stehen kann, welche trotzdem ausreichend bzw. gut sein kann: *„P: Mir geht es nicht so gut und aber die Versorgungssituation ist bestens. Ich bin zu Hause. Ich bin also nicht stationär. Und ich werde auch betreut hier von einer (onko?) Pflegestation. Hier in (Stadt 1?). (P9, T2, Pos. 13)“.* Einige der Betroffenen relativierten ihr Befinden und berichteten von einem der Situation entsprechend subjektiv als gut empfundenen Befinden, wobei die Relativierung bei näherer Beschreibung deutlich wird: *„P: (.) Einerseits geht es mir momentan ganz gut. Andererseits ja. Ich meine, ich merke das, das meine Arme zum Beispiel immer/ Meine Schultern sehr wehtun, mein Bein auch mehr weh tut wie vorher, aber ansonsten es weiß ich nicht, fühle ich mich trotzdem ganz gut momentan.*

I: Okay. Was ist…

P: Also ist…

I: Ja?

P: Ich weiß gar nicht, wie ich das erklären soll, weil es ist zum Beispiel so ich war gestern beim Arzt. Mein Blutdruck ist so gut wie nie. Seit Jahrzehnten schon unv. Mein Zucker ist so gut wie weg. Das sind so die Vorteile. Also, das ist das Positive. Ja. Also so. Ansonsten. Naja, die Schmerzen. Die sind halt da.“ (P8, T2, Pos. 14-18). Ein*e Patient*in fasste es wie folgt zusammen*: „P: Ja, es geht mir relativ gut, aber nicht wie vor der Erkrankung.“ (P13, T4, Pos. 17)*. Viele der Patient*innen berichteten von einer guten Versorgungssituation hinsichtlich ihres privaten Umfelds (bspw. Familie und Freunde), dass sie in ihrer Situation wesentlich unterstützt: *„P: … Ich habe ja auch ja genügend Leute um mich rum, die ganze Familie, auch Freunde, mit denen ich sprechen kann.“ (P12, T2, Pos. 29)* oder *„P: Ja, also ich bin so, so gut eingebettet und alles ist so wunderschön, auch für die liebe Nachbarschaft. Und es ist einfach schön. Muss ich echt sagen ja. (P12, T2, Pos. 43)*. Oder Patient*innen, welche alleinstehend waren, waren ohne Probleme in der Lage, sich selbst zu versorgen *(„P: … Ich versorge mich selber.“ #00:00:42-9# (P4, T4, Pos. 17),* wobei das Alleinstehendsein, mit Unsicherheit aufgrund der Erkrankungssituation verbunden ist *(„Wie gesagt, ich lebe alleine und ja, ein bisschen Unsicherheit drin.“ #00:02:54-4# (P4, T4, Pos. 37).* Insgesamt lässt es sich für ein

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Großteil der Patient*innen zusammenfassen, dass sie sich rund rum gut versorgt finden *(„Also ich finde mich also rund rum gut versorgt. Muss ich ehrlich sagen.“ (P14, T4, Pos. 33))*. Hinsichtlich der **Versorgungssituation** betonten Patient*innen außerdem, dass sie froh über die ambulante Versorgungsmöglichkeit sind und nicht stationär behandelt werden müssen: *„P: Also, ich finde, da fühle ich mich sehr, sehr gut aufgehoben. Also, da bin ich - also, wenn man in der (unv.) ich freu mich gerade als am Donnerstag, weil die sich wirklich gut fühlt sich da wirklich sehr sehr gut aufgehoben. Die sind alle querbeet freundlich, kompetent, also bin ich echt glücklich drüber damit, dass ich nicht ins Krankenhaus muss. Wissen Sie, wenn ich jedes Mal zur Infusion stationär sein müsste ne. Das wäre weniger schön. Ja, da bin ich sehr zufrieden.“ Ja. (P12, T2, Pos. 91)*

Hinsichtlich des Befindens und damit verbunden des Umgangs bzw. des emotionalen Copings mit der Krankheit zeigten Patient*innen die Strategie, die Erkrankung, soweit es ihnen möglich ist auszublenden, bzw. zu meiden *(P: Aber mir geht das soweit auch gut. Würde ich nicht über meine Krankheit/ wenn ich nicht über meine Krankheit spreche, geht es mir am aller besten.“ (P7, T2, Pos. 28))*, da diese zum Teil eine starke emotionale Betroffenheit bei ihnen auslöst *(„P: Also versorgt bin ich sehr gut in Offenburg und es geht mir soweit auch gut. Nur halt/ Es geht schon wieder los. (fängt an zu weinen) Ich kann/ Tschuldigung, ich kann manchmal nicht drüber reden. Manchmal kann ich über alles reden und manchmal nicht.“ (P7, T2, Pos. 16)* oder auch *„P:[…] Oder vielleicht auch durch die Frage wird wieder alles aufgewühlt oder so. Also ich habe ich habe auch oft geweint neben den Fragen hier.“ (P7, T6, Pos. 116)).* Bzw., umgekehrt formuliert, dass Patient*innen ihre Erkrankung, so lange es ihnen noch möglich ist und es ihnen subjektiv gut geht, zu Gunsten eines besseren aktuellen Befindens „auf die Seite schieben": *„Und also ich fühle mich irgendwie noch sehr gut drauf ne. Und ob das was kommt. Ich denke jetzt einfach nicht. Mache mir nicht allzu viele Gedanken, denn solange es mir jetzt noch gut geht, nutze ich das aus. Und so ich (ich möchte nicht?) überlege, ja, wenn ich das nicht mehr kann oder das nicht mehr kann, das möchte ich nicht. Das schiebe ich jetzt einfach mal ein bisschen auf die Seite.“ (P12, T2, Pos. 29).*

Das zum ersten Interviewzeitpunkt (T2) aufgekommene Bild hinsichtlich des **Befindens sowie der Erkrankungs- und Versorgungssituation** bestätigt sich mit der **zweiten Interviewrunde zu T4**. Einzelne Patient*innen berichteten von einer Verschlechterung ihres Zustandes im Zeitverlauf, beispielsweise: *„P: Ja, eigentlich es geht bergab. #00:00:23-8#*

I: Okay. #00:00:24-6#

P: Mehr kann ich Ihnen dazu nicht sagen. Also so fühle ich mich fit ne aber die Beine wollen nicht mehr so, wie sie eigentlich sollten. Und mal abwarten, was unv. Ärzte mir erzählen.“ #00:00:34-9# (P3, T4, Pos. 11-13) oder auch allgemeiner gesprochen für einige der Patient*innen: *„P: Von der Sache her geht mir es gut. Ich merke aber schon, dass der Körper an sich nachlässt. Also was die Leistungsfähigkeit angeht.“ #00:00:28-1# (P1, T4, Pos. 12).* Wobei eine verschlechterte Erkrankungssituation zum Teil durch Angehörige, sprich eine gute Versorgungssituation, aufgefangen werden kann: *„P: Noch geht's. Ich meine, ich habe meine zwei Jungs. Die wohnen zwar nicht bei mir, aber die kümmern sich. #00:00:46-6# (P3, T4, Pos. 15)“*. Auf der anderen Seite gab es auch Patient*innen, die von einer Verbesserung ihres Zustandes berichteten *„P: Die ist in Ordnung. Ja, für mich ist es/ Naja, einerseits ist es in Ordnung, weil ich mich besser bewegen kann. Also ich kann jetzt wieder mal außer Haus“ (P8, T4, Pos. 25)* oder auch *„P: Also zurzeit geht mir es weitestgehend sehr gut. Also ich habe mich gut erholt.“ (P15, T6, Pos. 12).* Zum Teil erzählten Patient*innen von Routine hinsichtlich ihrer

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

medizinischen Versorgung und Therapie für sich inzwischen: *„P: (...) Die ist/ Ja, das ist so Routine. Also es ist ich, so eine Behandlung brauche ich gar nicht.“ (P8, T4, Pos. 29)* oder auch *„P: Man gewöhnt sich dran.“ (P5, T4, Pos. 37).* Im Schnitt berichteten Patient*innen auch zum zweiten Interviewzeitpunkt (T4) von einer *„im Grunde genommen ganz gut[en]“ (P10, T4, Pos. 9)* persönlichen Situation, wobei es zwischendurch *„mal schlechte Tage“ (P10, T4, Pos. 9)* gibt. Einzelne Patient*innen berichteten, dass sie die Krankheit nach wie vor nicht merken würden: *„P: Ich kann eigentlich noch alles machen. Ich, ich, ich merke die Krankheit eigentlich insofern gar nicht. Es belastet mich nicht.“ #00:03:02-7# (P2, T4, Pos. 42)* oder *„P: Mir geht es eigentlich gut. Ich habe keine Probleme.“ #00:00:11-4# (P2, T4, Pos. 10)*. Patient*innen schätzten die Möglichkeit, eine Ansprechperson in Form des*der OncoCoach*in zur Verfügung zu haben, insbesondere für Notfälle, auch wenn sie*er in der aktuellen Situation subjektiv nicht benötigt wurde: *P: „[…] Im Moment weiß ich, dass ich im Notfall auf jemanden zurückgreifen kann. Aber im Moment brauch ich’s nicht. #00:14:13-0#*

I: Aber dass man die Möglichkeit hat… #00:14:15-1#

P: … Ja klar. Das ist schonmal viel wert, dass man eine Möglichkeit hat. Dass man weiß, Hallo da ist jemand, den kannste anhauen.“ #00:14:20-3# (P2, T2, Pos. 117-119) oder auch *„P: Also Versorgung brauche ich im Moment eigentlich weniger. Wenn ich Probleme hab, kann ich beim OncoCoach anrufen also.“ #00:08:25-1# (P6, T2, Pos. 64)*. Und auch im Allgemeinen die Möglichkeit, eine Ansprechperson zu haben: *„Wenn ich Probleme hab, kann ich beim OncoCoach anrufen also.“ #00:08:25-1# (P6, T2, Pos. 64)*

Die Frage hinsichtlich des **Wissens der Patient*innen über die Erkrankungssituation** konnte der Großteil der Patient*innen detailliert beantworten, was auf eine gute Kenntnis und Informiertheit der Population hindeutet (bspw. *„Dann hatte ich ein CT, das hat (.) das hat gezeigt, dass es in der Lunge zum Stillstand gekommen ist. Dann hatte ich nochmal ein CT und da ist es also weiterhin zum Stillstand und der Marker ist auch also niedriger.“ (P5, T2, Pos. 17)*). Zudem zeigten die Patient*innen einen aktuellen Wissensstand, was zudem auch für eine gute Aufklärung gegenüber den Patient*innen spricht: *„P: Ich bin palliativ. So viel weiß ich, dass das nicht heilbar ist. Die OP Situation ist noch nicht so ganz geklärt, aber Knochenkrebs ist definitiv ja nicht operabel. Also geht es weiterhin mit medikamentöser Behandlung.“ (P10, T2, Pos. 12)* oder eine ebenfalls detaillierte Beschreibung *„P: Ja (stockt), also ich weiß, dass (…) also ursprünglich ging das Karzinom ja von - also ging es von der Zunge aus. Da hat sich ein Karzinom, es wurde bestrahlt. (36?) Mal. Das war dann weg, es hatte aber gestreut auf die Lunge und dann später ist auch auf den Kopf gestreut. Und jetzt wie gesagt wird unv. und im Kopf ist auch noch bestrahlt worden um die Weihnachtszeit sechs Mal. Da war eine Kontrolle, wo wir stagniert, vielleicht zurückgegangen. Thorax ist es auch stagniert. Aber wie gesagt, bei der Leber und dann vielleicht ein unv. zu bekommen, (...) das weiß ich im Moment. Ich habe halt nächste Woche habe ich den MRT vom Kopf und dann schauen wir.“ (P11, T2, Pos. 15)*.

Als **Ziel bzw. Hoffnung für die aktuelle Therapie der Patient*innen** gaben diese grundsätzlich einheitlich an, die Krankheit eindämmen bzw. verzögern zu können und damit die Lebenserwartung so weit wie möglich zu steigern und die Lebensqualität dabei bestmöglich zu erhalten: *„P: Ja, das halt der Krebs halt nicht mehr weiter wächst.“ (P6, T2, Pos. 22)* und *„P: Naja, ich hoffe, dass ich dann noch ein paar Jahre schön im Alter verbringen kann.“ (P2, T2, Pos. 19)* und *„P2: […] Ich hatte natürlich langfristig insgeheim die Hoffnung, dass es eine (KURZES STOTTERN) eine Behandlung oder eine, eine Chemotherapie oder eine Immuntherapie geben wird, die mir wirklich ja besser hilft. Wo man dann auch sagen kann okay, es sind nicht*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

diese fünf Jahre, es ist länger. (P1, T2, Pos. 24) oder auch *„P: Das es nicht schlimmer wird. Das es nach Möglichkeit nicht noch andere Organe betreffen wird, sondern dass man das mit den Medikamenten so im Griff behalten kann.“ (P10, T2, Pos. 14)*. Patient*innen berichteten, dass ein Besserwerden der Erkrankung unwahrscheinlich sei und sie dies anerkennen bzw. wissen, sodass die Hoffnung besteht, dass sich die Erkrankungssituation nicht verschlechtert: *„P: Das ist so, besser wird es ja wahrscheinlich nicht. Also dass es einfach so bleibt, dass es nicht schlechter wird. Also das hoffe ich.“ (P8, T4, Pos. 35)* und *„P: Gar keine. Gar keine. Also, damit habe ich mich lange abgefunden. Das ist einfach so, das ist. Das ist ein Krebs, der fortschreitet. Das sind Metastasen, die fortschreiten. Und wenn sich auch beim letzten Mal ergeben hat, beim, wann war denn das letzte CT, im August, da haben sie festgestellt, dass diese neue Chemo halt wirklich gut funktioniert. Ja. Das die das ein bisschen eingedämmt hat, dann haben sie jetzt aufgrund meiner meiner Probleme, weswegen ich jetzt morgen auch diese, diese Spiegelungen da erleiden muss. Haben Sie, ähm, wie heißt das? Tumormarker gemessen? Die sind gefallen. Ja, also, das ist alles sehr, sehr positiv. Ja, aber da sage ich mir, ich weiß ja, was das für ein Krebs ist. Und ich weiß, dass der nicht heilbar ist. Und klar, ich sage auch immer mal, Wunder gibt es immer wieder. Das kann schon sein. Ich bin froh, wenn es mir gut geht. So wie es mir geht. Ja, also auch jetzt geht es mir ja nicht wirklich schlecht. Und dann dann ist es schön, wenn es noch eine Weile so bleibt. Ja. Aber ansonsten weiß ich ja. Also. Meine Güte.“ #00:11:49-9# (P5, T4, Pos. 41)*

Die Patient*innen differenzierten bei den **betreuenden Personen im Rahmen ihrer Versorgung** im Wesentlichen die Personen nach dem privaten und dem medizinisch- bzw. pflegerisch professionellen Umfeld. Hinsichtlich Letzterer berichtete ein Großteil der interviewten Patient*innen, dass es ihnen bis dato nicht so schlecht ginge, dass sie „klassische Betreuung“ bräuchten *(„P2: Ich ähm. Glücklicherweise geht es mir so schlecht, dass ich jetzt keine klassische Betreuung brauch, also jetzt (KURZES STOTTERN) jetzt im Sinne von Pflege.“ (P1, T2, Pos. 30))* bzw., dass sie noch vollkommen selbstständig sind *„P: Nö. Gar nichts. Null. Ich bin nach wie vor total selbstständig.“ #00:03:11-2# (P3, T2, Pos. 27).*

Im **privaten Umfeld** waren häufig die*der Ehepartner*in eine große Unterstützung (zum Beispiel *„Natürlich habe (KURZES STOTTERN) habe ich da auch mit Personen zu tun. Das ist zuallererst mit meiner Frau, die mich da stark unterstützt.“ (P1, T2, Pos. 30)* oder *„P: Das ist im Moment mein Mann. Ja, das ist eigentlich der Einzige. Das ist ja, das geht gut.“ (P8, T2, Pos. 24)*) sowie andere nahe Angehörige (bspw. Kinder), z.B. *„P: […] Und meine, meine Familie, meine zwei Töchter, die wohnen ja beide, die eine wohnt nebenan, die andere wohnt zwei Kilometer weiter mit Familie. Die ist meine Hausärztin und wir sind da sehr eng miteinander. Die Enkelkinder, zwei Enkelkinder. Und wir sind da sehr eng verbunden. Ich habe da also wirklich unglaublich viel Unterstützung.“ (P12, T2, Pos. 41)* oder *„P: Ja, meine zwei Kinder und meine Freundin und meine Geschwister noch, also die telefonisch oder die kommen auch vorbei, weil wir wohnen sehr weit auseinander.“ #00:02:37-0# (P3, T4, Pos. 25).* Bei Bedarf wurde weitergehend weitere, externe Hilfe (bspw. Haushaltshilfe) hinzugezogen: *„P: […] Und jetzt ich überlege mir halt, ob ich mir einen Hilfsdienst ins Haus hol.“ #00:01:43-2# (P3, T6, Pos. 23).* Es gab auch Patient*innen, die im privaten Umfeld keinerlei Betreuung benötigten: *„P: Nein. Ist nicht notwendig.“ #00:02:20-3# (P10, T4, Pos. 17)* oder *„P: … Aber also versorgen brauche ich sonst eigentlich niemanden.“ #00:06:05-2# (P8, T4, Pos. 43).*

Im Rahmen der **medizinischen Betreuung** wurde in der Regel vom ärztlichen und nichtärztlichen Personal berichtet. Zum Teil wechselte das ärztliche Personal und es gab nicht

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

eine*n Arzt*Ärztin als Ansprechperson bzw. ein Team an wechselndem ärztlichem Personal (bspw. *„P: Dann gibt es ein Team von Ärzten, das die wechseln.“ (P5, T2, Pos. 27)* oder auch *„P: Ja, es hat sich ein bisschen was geändert. Es wurden jetzt von den von den Betreuerinnen, die, das sind nach wie vor, noch dieselben Damen. Aber bei den Ärzten hat sich ein bisschen was geändert.“ #00:06:25-7# (P1, T4, Pos. 52)*), wobei es auch Fälle mit einer konstanten Ansprechperson gab: *„P: Das ist in erster Linie der Professor W. von der von dem Krankenhaus in Frankfurt und unv. alle vier fünf Wochen, da stelle ich mich da vor.“ (P2, T2, Pos. 21)* oder *„I: Also sind Sie jetzt ihren ganzen Weg lang immer beim gleichen Arzt gewesen und der hat Sie dann auch da unterrichtet.*

P: Ja. Ja. Fast immer. Ja.“ (P2, T2, Pos. 64-65). Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung differenzierten die Patient*innen ihre onkologische Betreuung (inkl. des*der behandelnden Onkolog*in) und den*die Hausarzt*-ärztin, beispielsweise *„P: Ja, genau. Genau. Onkologisch natürlich in der Onkologie in Frankfurt Höchst. Und sons mein Hausarzt. Klar.“ #00:01:21-2# (P4, T4, Pos. 23)* oder *„P: Die Hausärztin, wenn ich irgendwie was brauche, ist für mich dann Ansprechpartner erst einmal. Wenn irgendwie was dann facharztmäßig, dann schickt sie mich da hin.“ (P15, T6, Pos. 30)*. Der*die Hausarzt*-ärztin wurden mehrfach von Interviewten erwähnt, was auf eine gesonderte Rolle für diese*n Akteur*in in der Versorgung der Patient*innen hindeutet. Als weitere beteiligte Partei in der medizinischen Versorgung wurde die palliative Betreuung hervorgehoben: *„P: Ja, das da sind die die Onkologen. Die äh die Palliativstation und der Hausarzt natürlich.“ #00:02:03-4# (P1, T4, Pos. 24)*. Auf Seiten des nichtärztlichen Personals wurden in der Regel die Krankenpflegekräfte (Schwestern, MFAs, …) erwähnt, die eine Rolle in der medizinischen Versorgung spielten: *„P: […] Und jetzt zusätzlich die Schwestern für die Infusionen.“ #00:02:04-4#* oder *„P: […] Die Mädchen, die wo mir diese Flüssigkeit anhängen“ (P14, T4, Pos. 33).* Ein Wechsel bzw. die Konstanz bei den betreuenden Personen zeigte sich auch auf Seiten des nichtärztlichen Personals: *„P: Ja, also das ist das. Das sind die Ärzte und die Schwestern, wie gesagt, da habe ich meistens ist es eine und dieselbe, die mir die Chemo anhängt.“ (P5, T2, Pos. 29)* oder *„P: Auch alle Mitarbeiter. Ich bin ja immer mal wieder immer bei den gleichen Mitarbeitern“ (P12, T4, Pos. 35)*.

Im Rahmen der Interviews wurde danach gefragt, **ob die Patient*innen durch eine*n OncoCoach*in sowie durch eine KoPP** als zentrale Interventionsbestandteile der neuen Versorgungsform, **betreut wurden**, wobei sich ein gemischtes Bild ergibt. Hinsichtlich des OncoCoachings gaben die Interviewten zum Teil an, dass ihnen der Begriff des OncoCoaches nichts sagen würde: *„P2: Nein, das sag mir jetzt nicht (KURZES STOTTERN) nichts.“ #00:04:51-6# (P1, T2, Pos. 32)* oder *„P: Was ist ein OncoCoach?“ (P2, T2, Pos. 23)*, was darauf hindeutet, dass sich die OncoCoach*innen ggf. nicht in ihrer Rolle explizit erneut vorgestellt haben. Dabei gilt es anzumerken, dass die Patient*innen in der Regel trotzdem das OncoCoaching erhielten, dieses sich jedoch wahrscheinlich nicht bewusst waren: *„P: (...) Ja, da habe ich jetzt ehrlich gesagt nicht großartig was gemerkt, dass es da spezielle Ansprechpartner gäbe. Ich meine, es waren immer Ansprechpartner da, aber jetzt speziell von OnCoPaTh wär mir jetzt nicht bewusst gewesen.“ #00:10:48-1# (P1, T6, Pos. 82)* oder *„P: […] Ich könnte jederzeit. Da ist jemand, die mit mir auch das Vorgespräch hatte, bevor es überhaupt losging und die mich auch immer wieder mal angesprochen hab und mir immer wieder gesagt hat, wenn was wäre, wenn ich mit ihr sprechen möchte oder wenn ich irgendwo Probleme habe, kann ich sie jederzeit ansprechen. Das Ja, also das könnte ich jederzeit. Aber ich habe jetzt eigentlich noch keinen Anlass gesehen, noch einmal jetzt detaillierter zu sprechen irgendwie. #00:05:51#*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I: Okay. Ja, aber dann war zumindest jemand da. Wenn Sie den Bedarf gehabt hätten. #00:05:56-4#

P: Da ist eine Ansprechpartnerin da. Ja. #00:05:58-3# (P15, T6, Pos. 43-45) oder auch *„P: (...) Ja, da gibt es irgendwie so was, also was jetzt nicht medizinisch ist, also eine Betreuung, die nicht medizinisch ist und die sich auch irgendwie mit dem Adjektiv onkologisch geschmückt hat. Das habe ich vor, als ich im Krankenhaus war, vor, vor einem guten Jahr oder vor über einem Jahr. Da war die mal bei mir und hat dann gemeint, mir ging es so gut, da gäbe es Leute, die hätten das dringend viel nötiger ihr Beratung und hat sich damit verabschiedet.“ #00:06:06-0# (P13, T4, Pos. 33).* Letztere Aussage deutet darauf hin, dass die onkologischen Einrichtungen ihre Patient*innen hinsichtlich des Bedarfs priorisierten. Im Studienverlauf wurde den Patient*innen zum Teil dann klar, dass sie eine*n OncoCoach*in hatten: *„P: Habe ich. (lacht) Bin ich jetzt drauf gekommen, dass ich ein OncoCoach habe. […] Dann unterhalten wir uns und letztens habe ich mal gesagt, sagen Sie mal, J., sind Sie eigentlich mein OncoCoach? Ach, hat sie gesagt, auch schon gemerkt? (lacht)“ #00:16:55-5# (P5, T4, Pos. 53).* Jedoch gab es auch Betroffene, die nach eigener Aussage keine*n OncoCoach*in erlebt bzw. erhalten haben: *„P: Das hieß es zwar immer, ich habe aber nie einen kennengelernt.“ #00:02:22-4# (P16, T6, Pos. 24)* sich aber eine*n OncoCoach*in gewünscht hätten: *„P: Ich höre den Namen immer wieder, bloß allein jetzt. Er sagt mir nichts. #00:01:58-5#*

I: Also, Sie würden sich den Kontakt… #00:02:01-8#

P: … Vielleicht liegt es auch daran, dass die Leute alle meinen, mir geht's noch hervorragend. Geht es mir eigentlich auch. #00:02:06-7#

I: Also, würden Sie sich denn trotzdem den Kontakt wünschen? #00:02:11-6#

P: Ja, natürlich. #00:02:13-2#“ (P4, T4, Pos. 31-35). Es gilt auch, die Personen zu erwähnen, die nach eigenen Angaben keine*n OncoCoach*in hatten, aber das Coaching auch nicht wollten: *„P: Ich habe auch keinen, ich hab auch keinen gewollt.“ (P11, T2, Pos. 21)*. Auf der anderen Seite stehen Patient*innen, welche eine*n OncoCoach*in bewusst hatten, wobei sich die Beanspruchung bzw. das Ausmaß des Austauschs stark unterscheidet. Einige der Betroffenen hatten das Angebot erhalten, beachteten es zu dem Zeitpunkt aber nicht als notwendig: *„P: Ja, eigentlich alle. Aber ich habe mit ihr noch nie so viel gesprochen ne. #00:03:54-1#*

I: Mhm. Okay. #00:03:55-4#

P: Weil ich habe erst, ganz ehrlich, zweimal gesehen. #00:03:59-1#

I: Mhm. Okay. Ähm. Ist das also, weil Sie das bisher noch nicht so selber noch nicht so für nötig gehalten haben? Oder hat sich das nicht ergeben für… #00:04:10-6#

P: … Ne. Sie hat mir also beim ersten Mal hat sie mir gesagt, ich kann jederzeit anrufen, wenn was ist oder so. Aber es ist ja nichts. #00:04:17-4#

I: Mhm. Okay. Also hat sich's auch einfach noch nicht so sehr ergeben. #00:04:20-5#

P: Ne, das hat sich nicht in den Vordergrund geschoben.“ #00:04:22-6# (P3, T2, Pos. 35-41) oder auch *„P: Ich habe einen OncoCoach, ja. Aber ich habe sehr wenig Kontakt damit, weil sie hat mir gesagt, wenn was ist, soll ich mich sofort melden und so, aber ich habe bisher noch nicht das Bedürfnis, sage ich mal.“ #00:03:36# (P3, T4, Pos. 31)*. Eine*r der Interviewten fasste es so zusammen, dass das Angebot des OncoCoachings grundsätzlich bei Bedarf bestanden hätte und aktiv unterbreitet wurde: *„P: […] Das Angebot ist okay. Absolut okay. Aber wie*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

gesagt, wenn ich wenn ich die Betreuung, wenn ich intensivere Betreuung brauche, kann ich die anfordern. Und wenn ich sie nicht will und nicht brauche. Also, mir wird es angeboten. Ich muss mich nicht da aktiv drum kümmern und suchen, ja, sondern ja, das ist vielleicht auch wichtig. (P5, T6, Pos. 143). Dies zeigt, dass die Patient*innen den Interventionsbestandteil des Coachings nur beanspruchen, wenn sie für sich eine Notwendigkeit oder einen Nutzen sehen. Ansonsten erwähnten einige Personen, dass sie das Personal nicht unnötig beanspruchen wollen: *„P: […] Ja, wenn Sie mich brauchen, habe ich gesagt naja, bis jetzt braucht ich unv. warum? Ich wüsste nicht, warum soll ich die belästigen? Die haben genug zu tun.“ #00:18:25-9# (P5, T6, Pos. 42)*. Betroffene, die sich in einer als subjektiv gut empfundenen Versorgungssituation (bspw. durch die Familie) befanden, sahen hinsichtlich der Interventionsbestandteile tendenziell keinen Bedarf: *„I: Okay. Wurden Sie denn schon durch einen OncoCoach oder durch eine palliative Fachkraft betreut?*

P: Ne. Ne. Und ich muss Ihnen ehrlich sagen, ich sehe da überhaupt kein/ Ich habe eine Familie, die sich rührend um mich kümmert. Meistens zu viel. […] Also ich habe Hilfe über und drüber.“ (P14, T4, Pos. 22-23). Im Zuge dessen führten Patient*innen aber auch an, dass der*die OncoCoach*in ggf. zu einem späteren Zeitpunkt in Frage kommt bzw. relevanter werden würde: *„P: Nö, also brauche ich noch nicht. Brauche ich nicht. Mein ich vielleicht, wenn/ Ich sage ja immer, wenn es mir mal schlechter geht, vielleicht brauche ich dann ja sowas. Ja? Aber dann weiß ich ja, wo ich es her krieg.“ (P5, T2, Pos. 99)*. Ein*e Patient*in äußerte bezüglich des Konzeptes des OncoCoaches, dass er*sie kein Kindermädchen brauche *(„P: Nein, nein, nein. Also ich brauche kein Kindermädchen. (Brauch ich nicht?)“ (P5, T2, Pos. 37))* und eine weitere Person, dass sie die Bewältigung bzw. den Umgang mit der nicht heilbaren Krebserkrankung grundsätzlich alleine schaffen und andere Leute im Umfeld damit nicht belasten wollte: *„P: Ne. Ne. Ich habe immer gedacht, ich schaffe das selber. Aber manchmal überlege ich, ob ich hier meinen Sohn noch dazu nehmen soll. Aber dann muss ich wieder alles von vorne erzählen. Und ich sage mir geht es am aller besten, wenn ich nicht über die Krankheit reden muss.“ (P7, T2, Pos. 30).* Andere der Interviewten wurden *„die ganze Zeit betreut.“ (P6, T2, Pos. 26)* und haben auch regelmäßigen, sprich intensiven, Kontakt, entweder persönlich oder telefonisch *(„P: Vom Krankenhaus (sucht das Wort OncoCoach). Die rufen mich auch regelmäßig an.“ #00:03:04-9# (P6, T2, Pos. 28))*. Solch ein beispielhafter Austausch fand sich in einigen Einrichtungen wieder, wobei sich dahingehend die Interviews decken. In den Fällen, in denen Patient*innen einen intensiven Austausch erlebten, wurde dieser positiv wahrgenommen und dieser führte auch zu einer großen Vertrauensbasis im Behandlungsverhältnis, auch hinsichtlich der **Themen der Coaching-Gespräche**: *„P: Also, mit der kann ich eigentlich alles besprechen. Zu der habe ich ganz großes Vertrauen.“ (P10, T2, Pos. 21).* Die Gesprächssituationen und OncoCoach*innen wurden als sehr offen wahrgenommen, beispielsweise *„P: Also die waren echt sehr offen, muss ich sagen, oder sind's.“ #00:09:18# (P8, T4, Pos. 63).* Hinsichtlich der **Gesprächsthemen zwischen Patient*in und OncoCoach*in** gab es grundsätzlich keine Themen, welche die Patient*innen nicht mit dem Gesundheitspersonal (OncoCoach*in, KoPP, Arzt*Ärztin) besprochen mochten bzw. konnten (Bsp. *„P: Nö, das gibt es eigentlich nicht.“ (P2, T2, Pos. 31)* oder *„P: Oh, welche nicht? (lacht) […] Ja. Ach, wir unterhalten uns einfach über über alles Mögliche. #00:08:07# (P8, T6, Pos. 66)*). Zum Teil zeigte sich ein Unterschied im Gesprächsverhalten bzw. beim Empfinden der Gespräche mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal (wie OncoCoach) und dem ärztlichen Personal (Onkolog*in) zeigte: *„P: Also mit OncoCoach kann ich alles reden. Also den Arzt will ich halt (daheim?) unv. Opladen eigentlich weniger reden also nur persönlich etwas, was mich*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

anbetrifft ja aber Onco Onco sag ich alles.“ #00:03:37-1# (P6, T2, Pos. 32). Der*die OncoCoach*in als Ansprechperson sowie zum Austausch wurde wertgeschätzt, insb. hinsichtlich des Wissens und der Informationen: *„P: Die Betreuung durch den OncoCoach finde ich schon sehr gut. OncoCoach als Ansprechpartner, die ja auch über ein wirklich fundiertes Wissen ein fundiertes Wissen hat. Das ist schon hilfreich.“ #00:05:55-7# (P10, T6, Pos. 53)*. Ein*e Patient*in merkte an, dass ein Austausch stattfand, die OncoCoach*in ihr aber nicht helfen konnte: *„P: Ja, mit dem habe ich letzte Mal ein intensiveres Gespräch geführt. (...) Ja, was will er mich was will er mit mir machen? Oder die Dame vielmehr ist ja eine Dame. Was, was will sie tun. Also sie kann mir nicht helfen.“ #00:02:00-6# (P4, T6, Pos. 25).*

Eine interviewte Person merkte an, dass das Verhältnis zu ihrem*ihrer OncoCoach*in schon fast eine freundschaftliche Beziehung sei, die sich dahingehend auch vom Verhältnis zum*zur behandelnden Arzt*Ärztin unterscheidet: *„P: Zu meinem OncoCoach ist schon fast eine freundschaftliche Beziehung. Die ist zu der Ärztin nicht da.“ (P10, T2, Pos. 25).* Die Betreuung durch den*die OncoCoach*in blieb in der Regel über die Zeit der Studie (Längsschnitt) bestehen, wie die Interviews zeigten: *„I: Okay. Können Sie mir beschreiben, welche Personen Sie im Rahmen Ihrer Krebserkrankung betreuen? #00:01:52-4#*

P: Das ist nach wie vor mein OncoCoach […]“ (P10, T4, Pos. 14-15). Dabei wechselte der*die OncoCoach*in in der Regel nicht: *„I: Mhm. Okay. Hat sich dieser OncoCoach seit unserem ersten Gespräch geändert? Also hat der gewechselt oder/ #00:03:20#*

P: Nein. Nein. #00:03:21#“ (P6, T4, Pos. 31-32), sodass die Patient*innen den*dieselbe OncoCoach*in im Verlauf ihrer Betreuung hatten und dahingehend eine Konstanz gegeben war: *„P: Ne, das sind immer/ Das sind zwei Damen, vor allem die Frau F. und ne ne die dort sind unv. nichts gewechselt.“ #00:07:21# (P8, T4, Pos. 49)* oder auch *„P: Nein, das noch dieselbe.“ #00:03:45# (P3, T4, Pos. 33).*

Die Gesprächssituationen und OncoCoach*innen wurden als offen wahrgenommen, beispielsweise *„P: Also die waren echt sehr offen, muss ich sagen, oder sind's.“ #00:09:18# (P8, T4, Pos. 63).* Hinsichtlich der **Gesprächsthemen zwischen Patient*in und OncoCoach*in** gab es grundsätzlich keine Themen, welche die Patient*innen nicht mit dem Gesundheitspersonal (OncoCoach*in, KoPP, Arzt*Ärztin) besprechen mochten bzw. konnten (Bsp. *„P: Nö, das gibt es eigentlich nicht.“ (P2, T2, Pos. 31)* oder *„P: Oh, welche nicht? (lacht) […] Ja. Ach, wir unterhalten uns einfach über über alles Mögliche. #00:08:07# (P8, T6, Pos. 66)*), wobei sich zum Teil ein Unterschied im Gesprächsverhalten bzw. beim Empfinden der Gespräche mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal (wie OncoCoach) und dem ärztlichen Personal (Onkolog*in) zeigte: *„P: Also mit OncoCoach kann ich alles reden. Also den Arzt will ich halt (daheim?) unv. Opladen eigentlich weniger reden also nur persönlich etwas, was mich anbetrifft ja aber Onco Onco sag ich alles.“ #00:03:37-1# (P6, T2, Pos. 32).* Insbesondere bei Themen wie Hilfsmittel, bürokratischen und administrativen Angelegenheiten oder auch der Zukunftsplanung konnten OncoCoaches unterstützen und dies war Teil der Coaching-Gespräche: *„P: Ich glaube, ich kann alle Themen mit Ihnen besprechen, wenn ich das möchte. Also jetzt ist es nicht mehr so schlimm, weil anfangs, da habe ich, also da haben sie mir wirklich sehr geholfen mit den ganzen Ämtern und auch was wir so so bekommen könnte. Oder was man eben oder braucht quasi so im Haushalt Hilfe und so diese wie wie so ein Greifer oder erhöhte Toilette oder lauter so ein Zeug oder den Rollator, dass mir das halt alles zusteht. Also doch, da haben sie mir jetzt jetzt unterhalten wir uns eigentlich nur noch wenn wenn wir miteinander sprechen. (lacht) #00:08:21# (P8, T4, Pos. 53)* und *„P: Ja, wie meine ganze*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Situation überhaupt in der Zukunft zu betrachten ist. Das ist eigentlich das Hauptproblem, das ich habe. Die Gegenwart macht mir nicht so viel, so viel Probleme. Was heißt Sorgen? Kann man nicht sagen. Ich habe keine Sorgen. Es ist einfach nur, wie geht es eigentlich weiter, wenn es ir-. Wie gesagt, ich lebe alleine und ja, ein bisschen Unsicherheit drin." #00:02:54-4# (P4, T4, Pos. 37).

Bezüglich der **Regelmäßigkeit und der Möglichkeit zum Austausch mit dem onkologischen Fachpersonal der betreuenden Einrichtung** der Patient*innen berichteten alle Interviewten, dass das Angebot ausreichend war: *„P: Ja, finde ich als ausreichend." #00:03:55# (P10, T4, Pos. 27)* und sie sich bei Bedarf (zusätzlich) jederzeit melden konnten (bspw. *„P: […] Nee, also, das finde ich, reicht, wenn, wie gesagt, wenn sich bei mir was ändern würde, würde ich mich dann halt melden. Das wäre ja kein Problem." #00:17:41-7# (P8, T4, Pos. 107) oder „P: Ja. Wenn Bedarf besteht, klappt das immer." #00:02:46# (P10, T6, Pos. 29)*). Zudem war die Rückmeldung, dass zum Teil zu Beginn der Betreuung ein regelmäßiger und erhöhter Austausch stattfand und dieser mit dem Studienverlauf abnahm, aufgrund von weniger Bedarf: *„P: (...) Also anfangs häufiger, weil eben öfters mal Probleme waren. Also irgendwie Fragen und so. Aber jetzt melden sie sich alle, ich denke, so alle acht Wochen ungefähr. Aber ich, wie gesagt, ich könnte sie jederzeit anrufen. Und dann Termin machen. Das wäre also das weiß ich, dass ich das kann. #00:10:29-1# (P8, T4, Pos. 69-71).* In einigen Fällen wurden die Patient*innen aktiv und regelmäßig von ihrem*ihrer OncoCoach*in kontaktiert und es wurde sich erkundigt: *„P: Ja. Also ich könnte sie jederzeit anrufen. Und wenn ich das nicht mache, weil ich da überhaupt nicht dran denk, dann melden sie sich also regelmäßig alle zwei, drei Monate ruft sie auf jeden Fall an und fragt, ob alles okay ist. Aber ich bin ehrlich, ich denke da einfach gar nicht dran, weil es ändert sich ja nichts." #00:09:51# (P8, T4, Pos. 65)* und *„P: Sie ruft mich alle paar Wochen mal an. Also ich, ehrlich, ich vergesse es auch. Also ich glaube, ich habe mich überhaupt noch nicht bei ihr so von mir aus gemeldet. Aber so wir haben uns eigentlich immer ganz gut unterhalten." #00:03:10-1# (P8, T6, Pos. 34)* oder *„P: Ja wenn sie mich anrufen. Ich könnte ja jederzeit bei denen anrufen aber ich warte immer auf einen Anruf von denen." #00:03:00# (P6, T6, Pos. 37).* Hinsichtlich der Regelmäßigkeit der Gespräche gab ein*e andere*r Person an, dass die Gespräche alle vier bis sechs Wochen stattfinden und ansonsten grundsätzlich nach Bedarf: *„P: […] Also die finden jedes Mal statt, wenn ich in dieser Palliativstation bin, so alle 4 bis 6 Wochen. Da finden sie auf jeden Fall statt und ansonsten ja nach Bedarf, wenn man so will. #00:03:20-0# (P1, T4, Pos. 32).* Die Häufigkeit des Kontakts mit dem*der OncoCoach*in der Versorgungseinrichtung variierte laut den Patient*innen zwischen ca. einmal pro Woche und einmal im Quartal. Interviewte gaben an, dass eine subjektiv wahrgenommene zu große Häufigkeit an Gesprächsterminen aufdringlich sei und dies auch nicht gewünscht war und die Termine ja auch mit Aufwand verbunden waren: *„P: Ja. Ja. Weil, wenn sie zu oft anrufen, ist dann wieder aufdringlich und das will ich auch nicht."* #00:10:36# (P6, T4, Pos. 84) und *„P: Na ja, nachdem ich ja im Prinzip alle drei Wochen mit in die Onkologie gehe. Das ist also auf jeden Fall, gehe ich davon aus, dass es ausreichend ist. Ja. #00:07:11-3#*

I: Also Sie persönlich haben jetzt nicht das Bedürfnis da, dass Sie sagen, Sie möchten total gerne viel öfter sprechen, sondern für Sie ist es im jetzigen Zeitpunkt ausreichend. #00:07:21-0#

P: Ne ne. Im Gegenteil, ich muss gucken, wie ich die Termine unterbring." #00:07:23-4# (P1, T4, Pos. 56-58).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die **Art des Austauschs** war in den meisten Fällen und grundsätzlich persönlich, wobei es zum Teil zusätzlich bei Bedarf telefonischen Kontakt gab, z.B. *„P: Persönlich in der Regel. Wenn irgendeine Medikamentenänderung oder sowas ist oder Laborwerte irgendwie fraglich sind, dann ruft sie mich an, aber ansonsten persönlich.“ #00:03:19-6# (P10, T6, Pos. 33).*

Hinsichtlich der Bedingungen und des Ablaufs des Austauschs des Fachpersonals mit den Patient*innen, insb. der Coaching-Gespräche, fand dieser zum Teil gesondert in einem separaten Raum und zum Teil „zwischen Tür und Angel“ (bspw. im Rahmen des Erhalts der Chemotherapie) statt, je nachdem wie viel Zeit das Personal in der Versorgungseinrichtung zu Verfügung hatte: *„P: Also Hälfte im abgeschlossenen Raum und die andere Hälfte während meiner Chemo. Da sitze ich sowieso nur gelangweilt rum und schaue in die Gegend.“ #00:04:38-5# (P4, T6, Pos. 63)* oder auch *„P: Also teilweise es war es ja so, dass die auf dem Zahnfleisch gegangen sind, weil so viele Leute da waren und da waren, sind die Gespräche natürlich dementsprechend kurz ausgefallen. Aber da muss man dann wirklich sagen, dass kam dann ein bisschen darauf auf den Arzt an und auf auf, ja, auf die Belegung sage ich jetzt mal.“ #00:06:22-0# (P1, T6, Pos. 48)*. Ob das Gespräch separat in einem abgetrennten Raum stattfindet, hing zum Teil auch von dem Wunsch des*der Patient*in ab: *„P: […] Und wenn sie dann nicht wollen, dass das coram publico verhandelt wird, dann gehen sie ins Sprechzimmer.“ (P5, T6, Pos. 77).* Die Patient*innen hatten das Gefühl, dass sich ausreichend Zeit genommen wurde: *„P: Ja, auf jeden Fall. Auch wenn ich Fragen habe, die beantwortet sie jedes Mal.“ #00:03:29-4# (P7, T6, Pos. 44)*. Weitere der Interviewten berichteten, dass feste Termine für die Gespräche eingeplant waren *(„P: Also ich hab jetzt einen Terminzettel, der ist am Montag, da steht jetzt so sinngemäß drauf Besprechung, CT und sowas halt. Ne ne, die Gespräche sind geplant, die finden nicht zwischen Tür und Angel statt.“ #00:05:06-1# (P3, T6, Pos. 51))*.

Patient*innen, bei deren onkologischen Versorgungseinrichtung es im eCRF einen KoPP-Austausch grundsätzlich gab, wurden im Rahmen des Interviews nach einer **KoPP als Ansprechperson** gefragt. Alle Patient*innen verneinten jedoch die Frage, ob sie bereits Kontakt hatten, mit der Begründung, dass es ihnen subjektiv noch so gut ginge und sie eine palliative Betreuung nicht bräuchten *(„P: […] Sie haben mir gesagt (auch das palliative?) unv. da habe ich bis jetzt auch noch nichts in Anspruch genommen, weil ich nicht so mich da auch Gefühle, dass ich jetzt bräuchte, dass ich da jetzt schon jemand braucht, der sich um mich betreut. Also es war mir noch kein Bedürfnis direkt oder oder ich sehe mich nicht so so schlecht, dass ich das brauch. (P15, T4, Pos. 29))* bzw. sich subjektiv noch nicht soweit sehen würden *(„P: Nein, nein. So weit bin ich noch nicht.“ #00:03:56-8# (P3, T4, Pos. 35)).* Eine interviewte Person gab an, dass sie einzelne, ganztägige (Betreuungs-)Termine auf einer Palliativstation hatte: *„P: Ich war/ Ich habe vereinzelt Termine auf der Palliativstation, wo es dann ganze Tage auf der Palliativstation betreut werd.“ #00:03:10# (P1, T6, Pos. 28).*

Die meisten der Interviewten **assoziierten** keinen großen **Aufwand mit ihrer Teilnahme am Projekt und damit an der neuen Versorgungsform** (bspw. *„P2: Ja, gering.“ (P1, T2, Pos. 40) oder P: Der Aufwand ist minimal. […] P: Also ich würde das nicht als Aufwand bezeichnen.“ (P4, T2, Pos. 25-27)*). Einige Personen berichteten von den auszufüllenden Patientenfragebögen als Aufwand: *„P: Gar nicht. (lacht) Tut mir jetzt leid, dass ich das sagen muss aber es ist nicht. Nichts. Ich finde es. Ich finde es immer. Ich kriege das in der Klinik von einer Schwester kriege ich das ausgehändigt. Und dann mache ich das meistens sofort und gebe ihr das gleich wieder mit. Sag ich: „Ach schön, dann hab ich was zu tun. Fertig.“ Ja?“ (P5, T2, Pos. 75)* oder *„P: Finde ich in Ordnung. Allgemein jetzt die Fragebögen zur Gesundheit… […] P: Oder was meinen Sie*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

jetzt damit? (P7, T2, Pos. 44-46), wobei die Studie patientenseitig primär mit den Fragebögen assoziiert wurde (bspw. *„P: Finde ich kein Aufwand. Auch wenn man jetzt das ausfüllen muss. Und ich habe ja Zeit. Ich meine, das ist kein Thema. Absolut nicht." #00:09:42-0# (P12, T4, Pos. 71* oder *„P: Nein. (...) Das ist auch nichts, was, was lästig ist oder so. Das ist/ Ich kriege den Fragebogen, füll den aus, schick den weg. Das ist keine Affäre." #00:06:09-0# (P4, T4, Pos. 71)* oder auch *„P: So Arbeit zustande kam eigentlich durch diese Fragebogenausfüllerei. Aber das ist, das ist nicht erwähnenswert." #00:06:29-7# (P3, T6, Pos. 65)*). Die Antworten der Patient*innen deuten zum Teil darauf hin, dass ihnen die neue Versorgungsform mit ihren Bestandteilen des OncoCoachings und der frühen palliativen Integration nicht klar ist, sondern sie ihre reguläre onkologische Versorgung damit assoziieren, wie zum Beispiel: *„P: Ja also ich bin begeistert. Ich finde es toll, was die heutige Medizin/ Meine Mutter hatte 1980 Lungenkrebs, die ist innerhalb von fünf Monaten gestorben. Und die/ Wenn sie diese Möglichkeiten wie heute gehabt hätte, bin ich fest überzeugt, die hätten noch ein paar Jahre gelebt. Es ist also Wahnsinn, was das heute ist. Ich finde es toll, ich bin begeistert und es fällt mir dann auch nicht so schwer, diese Krankheit zu akzeptieren." (P14, T4, Pos. 31)* oder *„P: (...) Was heißt Aufwand. Ich bin. Ich bin sehr zufrieden mit der Behandlung. Ich bin ja in zwei Krankenhäusern sozusagen. Also in der onkologischen bin ich im (Name) Krankenhaus und die Bestrahlung war im (Name) Krankenhaus in Frankfurt und. Also beide Teams arbeiten ja auch eng zusammen und das finde ich gut. Da gibt es Tumorkonferenzen und ja, ich finde die Zusammenarbeit der Ärzte gut. Ich fühle mich eigentlich auch gut versorgt." (P11, T2, Pos. 23).* Der wahrgenommene Aufwand für die Teilnahme blieb im Studienverlauf gering und veränderte sich laut den Patient*innen nicht oder nahm tendenziell ab (*„P: Gar nicht. Gar nicht groß. Gar nicht groß" (P5, T4, Pos. 69)* oder auch *„P: Aufwand? Aufwand eigentlich weniger. Ist halt nur dieses Ausfüllen von Fragebögen aber im Moment (.) ja einen krieg ich noch aber so oft wie am Anfang kriege ich das nicht mehr. #00:05:09# (P6, T4, Pos. 48)* bzw. *„P: Ne. Im Gegenteil. Die erste Frage, die erste Fragebögen, das war ja das meiste. Und dann ist da immer ein bisschen weniger geworden." #00:04:56-1# (P7, T6, Pos. 62)*).

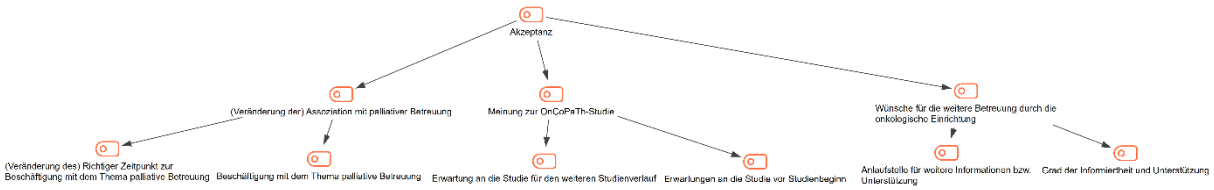
Einige der interviewten Personen berichteten von einer **Umstellung bzw. Veränderung der Therapie(situation)** seit dem ersten geführten Interview (zu T2), beispielsweise *„P: Im April hatte ich noch eine andere Chemo. Die griff dann nicht mehr und dann musste umgestellt werden." (P5, T4, Pos. 27)* oder *„P: […] Das war so eine ziemlich neue Therapie und die hat aber nicht angeschlagen, da haben sie abgebrochen." #00:01:33-4# (P3, T4, Pos. 19)*

Der Großteil der Interviewten hatte nach eigener Aussage nicht von der **KAM-Datenbank** gehört und folglich auch keinen Zugang (z.B. *„P: Ne, habe ich habe noch nicht gehört." #00:02:30-4# (P2, T6, Pos. 37* oder *„P: Ne? Wüsst ich jetzt nicht." #00:05:03# (P8, T6, Pos. 50)*). Lediglich eine Person berichtete, zu Beginn der Studie Zugang erhalten, aber die KAM-Datenbank nicht intensiv genutzt zu haben: *„P: Ja, habe ich. Gleich zu Anfang. #00:04:00-0#*

I: Und inwiefern haben Sie die Datenbank dann genutzt? #00:04:04-7#

P: Ich habe da mal reingeschaut, aber genutzt habe ich die nicht." #00:04:09# (P10, T6, Pos. 41-43).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



In der Dimension der Akzeptanz der Intervention wurde zunächst nach den **Wünschen für die weitere Betreuung durch die onkologische Einrichtung gefragt**. Einige der Patient*innen äußerten dabei den Wunsch nach vollständiger Heilung ihrer Krebserkrankung, wobei sie sich der Nicht-Heilbarkeit ihrer Erkrankung grundsätzlich bewusst waren: *„P: Ach Gott (lacht). Wissen Sie, wie lange habe ich noch, das weiß ich nicht. Also die Wünsche sind gering. Ich lebe zu Hause hier und meine Frau ist da und die ich auch in der Betreuung nicht vergessen darf. Und so gesehen bin ich mit diesen materiellen Umständen zufrieden.“ (P9, T2, Pos. 38)* und *„P2: (...) Es ist schwer zu beantworten. Nein, also prinzipiell wäre mein Wunsch natürlich. Wird wahrscheinlich nur ein Wunsch bleiben, dass man / oder es wäre ein Wunder, wenn es passieren wird, dass man eine Therapie findet. Oder die, die mir halt besser Person hilft, wo man nicht nur sagt okay, wir (KURZES STOTTERN) wir zögern das Ganze raus, sondern wir, wir kriegen, wir kriegen eine Verbesserung hin zum Beispiel. Es ist jetzt natürlich (mit?) einem Wunder gleichzusetzen, meines Erachtens“ #00:06:40-3# (P1, T2, Pos. 42)* oder auch *„P: Ja das mir es/ Wie soll ich das sagen? Dass dieses Karzinom vielleicht ganz verschwindet.*

I: Mhm. Okay. Also wie Sie das gerade schon sagten, dass Sie da möglichst lange noch quasi…

P: So ist es. Genau.

I: Dass es Ihnen möglichst lange noch möglichst gut geht.

P: Dass ich meinen Lebensabend noch etwas genießen kann.“ (P2, T2, Pos. 33-37). Bezüglich Letzterem merkten die Betroffenen auch die Hoffnung auf eine möglichst hohe Lebensqualität in ihrer verbleibenden Lebenszeit an, und, dass der Zustand möglichst lange stabil und subjektiv gut bleibt: *„P: (...) (seufzt) Dass es so weitergeht. Unv. nicht viel ändert. Das wäre ganz schön. Erst einmal. Ich meine, dass es nicht ewig so weiter geht, ist ja klar dann. Aber das es halt so, weiter- (.) […]*

P: (Seufzt) Aber was soll ich erwarten? Ich meine, ich war da eigentlich der Meinung, dass ich ja/ Ich dachte es geht eh zu Ende. Also dafür geht es mir im Moment ja ganz nett. Also.“ (P8, T2, Pos. 43-45). Der Großteil der interviewten Personen äußerte den Wunsch hinsichtlich ihrer onkologischen Betreuung, *„Das es so bleibt. Genauso bleibt“ (P5, T2, Pos. 69)* oder auch, dass sie *„wunschlos glücklich.“ #00:05:35-2# (P3, T2, Pos. 53)* seien bzw. keine Wünsche hatten *(„P: Ne, überhaupt nicht. […] Mir fällt nichts ein, ne. (P12, T2, Pos. 93-95)),* was eine patientenseitige Zufriedenheit mit ihrer onkologischen Versorgung ihrer Einrichtung impliziert. Ein*e Patient*in konkretisierte diesen Punkt hinsichtlich des Wunschs nach Verfügbarkeit der onkologischen Einrichtung und einer Ansprechperson, wenn es notwendig wird, sprich im Bedarfsfall: *„P: Ja halt, dass Sie mich begleiten halt. Also, wie soll ich sagen. (Allgemein für danach?), wenn ich Probleme habe, kann ich halt immer anrufen. Also bei Onco.“ #00:04:35-3# (P6, T2, Pos. 36)* und *„P: Dass es so weiterläuft, dass ich auch Ansprechpartner unter habe, genau in Offenburg. Das alles ist ja eigentlich so bleibt, wie es jetzt ist oder noch besser wird mit mir.“ #00:05:21# (P7, T6, Pos. 64).* Ein*e Patient*in wünschte sich generell eine Ansprechperson in ihrer Einrichtung: *„P: Es geht mir eigentlich prinzipiell mal darum, dass ich überhaupt mal einen Ansprechpartner habe, falls ich Probleme*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

habe, dass ich darauf zurückgreifen kann." #00:04:39-1# (P4, T4, Pos. 57). Ein weiterer Punkt, welcher angemerkt wurde, ist, dass Patient*innen zum Teil explizit das „Medizinische" und das „Soziale" hinsichtlich ihrer Versorgungssituation trennten und das Soziale vermissten bzw. sich verstärkt wünschten, was mittels des Bestandteils des OncoCoachings adressiert werden sollte: *P: Ja, sagen wir. Was mir eigentlich so ein bisschen fehlt, das ist die soziale Betreuung. Also welche Möglichkeiten hat man? Was kann man tun? Also außer der rein medizinischen Betreuung.*

I: Okay. Also würden Sie sich da auch…

P: … Was Sie glaube ich. Das was Sie glaube ich als Coach bezeichnen.

I: Mhm. Das würden Sie sich MEHR wünschen. Also das fehlt Ihnen bisher noch so ein bisschen?

P: Ja speziell, welche Möglichkeiten es auf dem sozialen Gebiet gibt. Was auch immer. Pflegestufe oder sonstiges. Einfach, dass man informiert ist. Das ist praktisch gar nicht vorhanden.

I: Okay. Also würden Sie sich da auch mehr Unterstützung oder Informationen wünschen?

P: Unv. Ja. Ganz erheblich. Ja.

I: Okay. Alles klar.

P: Also rein medizinisch bin ich, glaube ich, ganz gut versorgt. Aber das rein Soziale, das fehlt mir ein bisschen.

I: Okay.

P: Nicht nicht das/ Nicht, dass es gravierend wäre. Aber ja. Es wäre schon nett zu wissen, weil ich weiß gerne alles, was um mich rum passiert. (P4, T2, Pos. 33-43). Informationen, *„die quasi über diese medizinischen notwendigen Sachen noch hinausgehen, die ihnen guttun würden. (P15, T6, Pos. 84),* wurden sich von einer weiteren interviewten Person gewünscht. Insbesondere zu Beginn der Studie wurden sich mehr Informationen gewünscht, um den konkreten Inhalt des OnCoPaTh-Projekts zu erfahren: *„P: […] Ich hätte mir nur am Anfang mehr Informationen gewünscht. […] Es ist ein bisschen ein bisschen nebulös, sagen wir es mal so. Ich war zwar begeistert von der Sache als solches. Bloß was wirklich dahinter steckt. Es kommt am Anfang überhaupt nicht raus. […] Da fehlen ein bisschen Informationen. #00:10:15-2# (P4, T6, Pos. 111-115).*

Ein*e Patient*in wünschte sich, bei seinem*ihrer OncoCoach*in zu bleiben und diese*n nicht wechseln zu müssen *(„P: … dass ich nicht irgendwie den OncoCoach mal wechseln müsste." (P10, T2, Pos. 33)).* Eine Person sprach das Thema der Informiertheit in seiner*ihrer Situation als Patient*in an und dass man sich mehr Informationen im Allgemeinen gewünscht hätte, da man zum Teil als Patient*in nicht weiß, was man fragen soll: *„P1: Aber für die weitere Betreuung würden Sie sich dann ja auch wünschen, ausreichend informiert zu werden. Selbstverständlich darf ich das so… #00:10:19-4#*

P2: …Genau. Also wenn es, wenn es zumindest so Themen gibt, die / klar, wenn ich danach gefragt hätte, hätten / Ich wurde immer wieder gefragt Haben Sie noch Fragen? Aber wenn man nicht weiß, was man fragen soll, das war halt das Problem. Also da muss ein bisschen jetzt gerade in diesem Gespräch muss ein bisschen mehr kommen, ohne dass man nachhakt, weil es ist ja eine völlig neue Situation, Welche Fragen soll man stellen und das ist jetzt ein muss man sagen, ist ein bisschen besser geworden mit den, mit den Ärzten, die mich jetzt

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

betreuen, die (KURZES STOTTERN), die plaudern von sich aus auch ein bisschen mehr." #00:10:55-2# (P1, T2, Pos. 51-52). Zudem wurde sich eine *„Bessere Erreichbarkeit für Fragen, Rückfragen" (P13, T4, Pos. 41)* gewünscht, *„Und wie das mit der Nachbesprechung ist, unv. will ich klären. Aber das Krankenhaus ist eigentlich ja so gut so gut wie gar nicht zu erreichen." #00:07:19-8# (P13, T4, Pos. 41)*, was einen Informationsbedarf der*des Patient*in widerspiegelt. Zwei Patient*innen fassten zusammen, dass man sich regelmäßige Kontrollen mit „guten Ergebnissen" in der onkologischen Einrichtung wünsche und im Falle, dass es Veränderungen gibt, man diese unmittelbar und ausreichend erklärt bekomme sowie dass bei Bedarf therapeutisch entsprechende Maßnahmen ergriffen werden (*P: (Seufzt) Wünsche. Naja, man wünscht sich natürlich, dass die Ergebnisse jedes Mal so gut sehen wie jetzt und dass ich wenn sollte irgendwie (wo?) was auftauchen, dass ich das gleich gut erklärt kriege oder dass man dann gleich drauf gegensteuert und gleich darauf eingeht und mir das erklärt. Das würde ich mir schon wünschen. Ja. Aber ansonsten/ (.)" (P15, T4, Pos. 41)* und *„P: Das halt in regelmäßigen Abständen immer wieder mal geguckt wird." (P16, T6, Pos. 38)*).

Die Mehrzahl der Interviewten **fühlten sich** ausreichend **informiert hinsichtlich ihrer Erkrankung und der Versorgungsangebote**, beispielsweise *„P: Ich wurde ich wurde aufgeklärt von dem Professor W. um was es sich handelt und was für Risiken bestehen und so weiter und so fort. Und das hat mir eigentlich das hat mir gelangt eigentlich." (P2, T2, Pos. 69)* oder *„P: Ja, auf jeden Fall. Wenn ich ja Fragen habe, kriege ich die dann beantwortet. Und wenn ich jetzt zu meiner Onkologin alle drei Monate gehe, schreibe ich mir ja alle Fragen schreibe ich mir eben auf, was ich sie fragen will." (P7, T2, Pos. 58).* Ein*e Patient*in berichtete von einem Mangel an Informationen im Erstgespräch, was einen stationären Aufenthalt hätte verhindern können: *„Das Erstgespräch in der in der Onkologie war im Prinzip gelinde gesagt für den Arsch. Man kann es leider nicht anders ausdrücken. Die Ärztin, (KURZES STOCKEN) meine Frau war dabei. Die Ärztin hat nur erzählt Oh Gott, oh Gott, oh Gott, das ist ja höchstgradig lebensbedrohlich. Wenn ich noch was zu klären hätte, soll ich das machen. Aber Information, also Informationen sind da keine (gekommen?). Zum Beispiel dass ich aufpassen muss nach 10 bis 14 Tagen, womit ich diesen Krankenhausaufenthalt zum Beispiel verhindern hätte können. Also das Erstgespräch hätte man wirklich sein lassen können mit der Ärztin, weil da ist nichts bei rübergekommen." #00:08:48-7# (P1, T2, Pos. 44).* Im Zuge dessen wurde dann patientenseitig betont, dass es sich um einen Einzelfall mit der behandelnden Ärzt*in handelte und dass als **Anlaufstelle für weitere Informationen bzw. Unterstützung** das nichtärztliche Personal präferiert wurde *„P2: Das hat sich jetzt. Ich /, Es hat sich jetzt etwas geändert mit anderen Ärzten, mit denen ich zu tun habe, muss ich sagen, da waren wir /. Da waren dann wirklich Gespräche, wo dann auch Informationen rüberkamen, wo man mal ein bisschen was erklärt hat. Und das Ganze muss ich ganz ehrlich sagen, wo ich mich / ich habe mich natürlich auch geärgert. Das war allerdings muss man da sagen, es betrifft nur die Ärzte, also jetzt in der Tagesklinik die Damen, die da sind, also ich sage jetzt mal die Krankenschwestern, die da sind und die Infusionen anlegen, da, da ist es, da ist mein Eindruck, dass die einen sehr guten, dass sie eine sehr gute Ausbildung haben und sehr gute Bildungsstand und dass die einem also die erklären einem auch mal was, was da jetzt passiert, warum jetzt gewisse Dinge so sind, wie sie sind. Und da fühlt man sich schon gut aufgehoben, was, was ich wirklich sagen muss, obwohl, ob so, obwohl es die Chefin war, das hätte man sich wirklich sparen können, dass Erstgespräch." #00:09:55-4# (P1, T2, Pos. 46).* Eine weitere Person äußerte den Kritikpunkt hinsichtlich ihrer Informiertheit, dass alles immer recht schnell ginge und sie mehr Informationen seitens des Personals erwarten würde: *„P: Na ja, das hält sich in Grenzen. Also*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ich meine, klar, die haben viel zu tun, aber/ Und sicher könnte man mir mehr erzählen darüber. Also da es geht schon immer ziemlich schnell." #00:07:44-6# (P13, T4, Pos. 43). Dies spiegelt sich ggf. auch darin wieder, dass die Person keine konkrete **Anlaufstelle**, beispielsweise ihre onkologische Einrichtung, **für Informationen** nannte: *„P: Puh. Ja, es geht. Ich meine, es gibt 100.000 Adressen für alles Mögliche und/ Ja, das ist schwierig. #00:09:05-4# […] So recht weiß ich es nicht. Ne. Also ich habe anfangs mal so ein paar Versuche gemacht, anzurufen. Irgendwelche Einrichtungen. Aber irgendwie war das nie sehr erfolgreich. Und dann habe ich das auch irgendwann wieder sein lassen." #00:09:27# (P13, T4, Pos. 56-58).* Im Gegensatz dazu stehen die Fälle, in denen die interviewten Betroffenen ohne Zögern antworteten und ihre onkologische Einrichtung als Anlaufstelle nannten (bspw. *„P: Ja, also wenn ich was nicht verstehe oder was nicht wüsste, könnte ich da jederzeit nachfragen und anrufen oder hingehen." (P15, T4, Pos. 43)*) oder auch eine konkrete Person aus der Einrichtung wie den*die OncoCoach*in *„P: Ja, da hab ich ja die unv. dann ruf ich bei Onco an und die, die kümmern sich um alles." (P6, T2, Pos. 38).* Allgemein äußerte der Großteil der Patient*innen, dass sie eine Anlaufstelle haben bzw. wissen, an wen sie sich bei Fragen wenden können *(„P: Ja das weiß ich ja". (P2, T2, Pos. 41)* oder *„P: Ja, ja, ja, klar. Logisch." #00:06:17-0# (P3, T2, Pos. 61)).*

Patient*innen erachteten die Studie als sinnvoll, da sie als Betroffene das Gefühl hatten, einen Einfluss zu haben bzw. nehmen zu können: *„P: Finde ich sehr gut. Finde ich wirklich gut. Also man hat auf alle Fälle mal den Eindruck, irgendjemand interessiert es auch, was man für eine Meinung hat. (lacht) Das ist eines der Hauptprobleme generell, glaube ich." #00:07:13-6# (P4, T4, Pos. 77)* und somit zur Forschung beitragen zu können *(„P: Ich denke, durch die Auswertungen kann man vielleicht auch wieder dazu beitragen, dass vielleicht noch mehr nachgeforscht wird aber ich weiß es nicht. Aber ich habe immer ein gutes Gefühl, wenn ich es ausfülle." #00:09:28-8# (P7, T4, Pos. 90)).* Eine interviewte Person empfand die Studie als wichtig, aufgrund des OncoCoach-Konzeptes, was sie als sinnvoll erachtete: *„P: Ich finde sie schon wichtig. Also ist immer nur mein Fall. Ich wusste am Anfang gar nicht, dass ich einen OncoCoach habe. Erst die Studie hat mich darauf gebracht und ich habe dann wirklich dann nachgefragt. Und so kam dann eigentlich überhaupt der Kontakt erst zustande. Das war also schon sinnvoll." #00:06:17-0# (P4, T6, Pos. 79).* Zudem wurde die Studie als Unterstützung aufgefasst: *„P: (Die unterstützen mich halt?) unv. Sonst unv. Aber die unterstützen mich halt unv. Unv." #00:05:38# (P6, T6, Pos. 53).* Ein*e Patient*in erzählte, dass sie zu Beginn ein medizinisch geprägtes Verständnis (hinsichtlich der Therapie bzw. Medikamente) von der OnCoPaTh-Studie hatte, welches sich im zeitlichen Verlauf aufgrund der Erfahrungen änderte: *„P: […] Also, eigentlich hatte ich da was anderes erwartet. Aber im Nachhinein denke ich, das konnte ich nicht aber/ Sie ich ich dachte, es geht um, wie soll ich denn sagen, um die (stottert/nachdenklich) also nicht um die Betreuung, sondern um die, sagt man dann Versorgung oder was? Also wie das Medikament, wie die Medikamente anschlagen und so. […] Ja. Aber ich war nicht auf eine größere Betreuung da angewiesen. Ja, und jetzt sehe ich halt, wenn man da ständig liegt, mit zehn anderen Leuten in einem Raum oder neun, was was das ist doch viele Leute gibt die die die das brauchen und die dann auch mal mit einer Schwester reden wollen oder so. Ja und ja, also von daher verstehe ich jetzt so den Hintergrund. Das es eigentlich auch darum geht, dass man gerade bei bei Krebspatienten, die halt in so einem fortgeschrittenen Stadium sind, dass man da eben halt eher so eine psychologische Betreuung braucht oder anbietet. Ja." #00:36:03# (P5, T6, Pos. 119).* Ein ähnliches Verständnis, dass es verstärkt um die ganzheitliche und auch psychologische Betreuung ging und für Personen, welche im privaten Umfeld weniger gut versorgt sind, berichtete ein*e weitere*r Patient*in

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

„P: Ja, ich finde es gut. Ich denke, es gibt sicher auch Leute, die die weniger Leute um sich herum haben, die auch jemand brauchen. Die Sie unterstützen. Ich merke das natürlich schon, dass es wichtig ist, dass man sich geborgen fühlen kann und weiß, man ist versorgt." #00:12:15-3# (P12, T6, Pos. 89). Ein*e Interviewte hielt die Studie für sich überflüssig: *„P: Ich für mich persönlich habe sie für überflüssig gehalten." #00:05:05-8# (P10, T6, Pos. 49).*

Die meisten der Interviewten gingen ohne **Erwartungen in die Studie** (z.B. *„P: Eigentlich überhaupt keine, weil ich mache mir immer praktisch danach eine Meinung. Ich kann mir keine Meinung bilden, bevor ich überhaupt weiß, um was es geht. Also ich bin da wertfrei reingegangen, sagen wir es mal so." #00:07:37# (P4, T4, Pos. 79)* oder *„P: Habe ich gar keine Erwartungen gehabt. Ich habe mich da gerade überraschen lassen. Ich bin gut aufgeklärt worden." (P7, T4, Pos. 92)*). **Hinsichtlich des weiteren Studienverlaufs** zum Interviewzeitpunkt äußerten die interviewten Patient*innen, dass sie keine **Erwartungen** hatten *(„P: Nein, habe ich gar nicht." (P7, T4, Pos. 94))* bzw. es so weitergehen soll wie bisher *(P: Es sollte in der gleichen Form eigentlich weitergehen." #00:07:48-7# (P4, T4, Pos. 81)).*

Bei Betrachtung der **patientenseitigen Assoziation mit palliativer Betreuung** zeigte sich ein weitgehend einheitliches Bild: Patient*innen verstehen die palliative Betreuung als die Betreuung in der letzten Phase ihres Lebens, wobei das Versterben absehbar ist *„P2: […] Ich sage jetzt mal ja ganz allgemein gesagt, es ist so Betreuung der letzten zwei drei Wochen, bevor es dann wirklich ans Sterben geht auf gut Deutsch. […] Und war aber für mich vor diesem Gespräch war für mich ja im Prinzip Begleitung zum Sterben." #00:12:32-8# (P1, T2, Pos. 58)* oder auch *„P: Ja, das ist natürlich schwierig. Ne ich mein palliativ war für mich eigentlich immer, wenn Leute irgendwo im Krankenhaus sind und schlussendlich die letzten drei Monate in einer Todesbetreuung sind oder so ne. […] Ich weiß schon die letzten zwei, drei Monate einfach von den Geräten hängen oder sonst was. Das ist für mich eigentlich irgendwie palliativ. (P3, T2, Pos. 63)" (P3, T2, Pos. 63).* Darüber hinaus wurde die Relevanz von palliativer Betreuung klar mit einem subjektiv als schlecht empfundenen Befinden konnotiert: *„P: Unv. ich habe mir noch keine Gedanken darüber gemacht, dass ich sowas brauche. (lacht)*

I: Okay. Also das ist für Sie jetzt aktuell noch gar nicht so…

P: Nein. Das ist aktuell nicht/ Ist nicht aktuell im Moment.

I: Okay. Und wann würden…

P: Fühl ich mich noch so fit. (lacht)" (P2, T2, Pos. 45-49) oder auch *„P: Ähm. Ist für mich ja noch. Kommt für mich ja noch gar nicht in Frage. Ich habe noch keine palliative Betreuung in Anspruch genommen. So weit bin ich noch nicht. Dafür geht es mir noch zu gut." (P10, T2, Pos. 39)*. Die zum Teil von den Patient*innen gewählten Begrifflichkeiten und Beschreibungen von Palliativ wie *„P: // Ne, das ist// So weit ist es bei mir noch nicht. Ich fühle mich also noch nicht auf dem auf dem Abstellgleis, sag ich mal. (lacht)" #00:02:48# (P2, T4, Pos. 38)* oder *„P: […] Palliativ ist für mich eigentlich so, sie liegen da irgendwo an Maschinen und so und" (P3, T4, Pos. 57)* zeigen die negative Auffassung des Konzeptes „Palliativ" bei dem Großteil der Patient*innen und die Konnotation mit einem zeitnahen Versterben (*„P: Nein, nein, nein. Ich will noch nicht sterben." #00:02:33-8# (P3, T6, Pos. 31*). Das negative Verständnis inkludiert Angst, die patientenseitig gegenüber palliativer Betreuung besteht: *„P: Oh, eigentlich sehr negative Dinge. (...) Ich habe ein bisschen Angst davor, sagen wir es mal so." #00:08:09-7# (P4, T4, Pos. 83)*. Ein Teil der interviewten Personen wies ein abweichendes, positives Verständnis von palliativer Versorgung vor, aufgrund von Erfahrung im Angehörigenkreis: *„P: Nein. Wenn*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

es nötig ist, würde ich das/ Ja. Werde ich da hingehen. Und also ich weiß Palliativ, finde ich, ist nichts Negatives. Also, ich. Ich habe das bei meinem Bruder gesehen. Palliativ ist so was entspanntes und oder auch jetzt bei einer Bekannten. Also ja, ich würde da sofort hingehen, wenn es nötig ist. #00:12:32-0# (P8, T4, Pos. 83) und *„P: […] Aber ich wüsste schon durch den Bekanntenkreis, weil da eine Freundin vor acht Jahren in einem WUNDERbaren Palliativkrankenhaus, sagt man das? // Weiß ich nicht// #00:22:21# […] //Gestorben ist// Und da habe ich damals schon gedacht, also da das ist so schön, so, also so ein wunderbares Haus mit so einer tollen Atmosphäre. Ja, das könnte ich mir vorstellen. Also ich wüsste, wo ich mich hinwenden könnte." #00:22:38-3# (P5, T6, Pos. 59-61)*. Eine Person gab an, nichts über das Thema Palliativ zu wissen *(„P: Gar nichts, weil ich weiß gar nicht was das ist eigentlich." #00:07:55# (P6, T4, Pos. 68).* Das **Verständnis veränderte** sich **über die Zeit** bei den meisten Patient*innen nicht, wobei es Ausnahmen gab, wo Patient*innen einen Wandel zeigten, wie beispielsweise *„P: Mittlerweile, dass sich jemand richtig Zeit nimmt. Mittlerweile. Früher war das mal noch vor einem halben 3/4 Jahr. War eine Palliativstation, wo man im Prinzip zum Sterben begleitet wird. Das wurde aus Unkenntnis heraus, sage ich mal, war das meine Einschätzung und mittlerweile ist es man wird halt da sehr gut begleitet. (...) Auch in der aktuellen Situation, wo es ja nicht um Sterben geht, sag ich mal." #00:05:06# (P1, T4, Pos. 42).* Aufgrund des geprägten negativen Verständnisses und dem Fakt, dass es dem Großteil der Patient*innen subjektiv gut ging, erachteten die meisten der Interviewten eine Palliativversorgung für sich als nicht notwendig und beschäftigten sich folglich (noch) nicht mit der Thematik: *„P: Brauche ich noch nicht. Ist bislang noch nicht notwendig." #00:05:51# (P10, T4, Pos. 45)* oder *„P: Ne, das habe ich ja noch gar nicht vor. Dafür, sage ich immer, geht es mir zu gut." #00:10:48-7# (P7, T4, Pos. 96).* Dies zeigen auch die Antworten auf die Folgefrage nach dem **richtigen Zeitpunkt, sich mit dem Thema zu beschäftigen**: *„P: Wenn es mir schlechter gehen tät." (P14, T4, Pos. 47), „P: Ich glaube, wenn ich down bin. Wenn es heißt, so jetzt ab ins Krankenhaus, raus aus der Wohnung oder sonst irgendwie was." #00:07:51-7# (P3, T2, Pos. 71)* oder *„P: Ja, wenn es mir mal wirklich ganz schlecht geht. Aber erst dann." (P7, T2, Pos. 73),* die in einem deutlich verschlechterten subjektiven Zustand und Befinden begründet sind. Alternativ, wenn sich der medizinische Zustand stark verschlechtert: *„P: […] Ich denke mal, das ist, wenn die Chemo nicht mehr greift. Ja, und wenn auch andere Therapien praktisch zum Ende gekommen sind. (P5, T4, Pos. 84)* und *„P: Ja, wenn der Befund so ist, dass man sagt, dass vielleicht nicht mehr was zu tun ist oder keine Chemo mehr möglich ist". (P12, T4, Pos. 88)*. Oder auch zu dem Zeitpunkt, bei dem eine alleinige Versorgung (ledige*r Patient*in) nicht mehr möglich ist, z.B. aufgrund von Schmerzen, und gilt, diese nur noch zu kontrollieren: *„P: Wenn ich mich nicht mehr alleine versorgen kann. […] Das (.) ja. Wie soll ich das jetzt ausdrücken? Das ist vielleicht falsch. Das ist dann nicht mal so sehr so sehr/ Also wenn, ich sage mal so, wenn die Schmerzen so stark werden, dass sie nicht mehr auszuhalten sind. Also durch durch die normalen Mittel, die man eben zu Hause einnehmen kann. (P4, T2, Pos. 55-57).* Es gab jedoch auch eine interviewte Person, die sich bereits, beispielsweise aufgrund der Empfehlung des*der behandelnden Arzt*Ärztin, mit dem Thema der palliativen Versorgung beschäftigt hatte: *„P2: Ja. Durch, dass das der der, der der (STOTTERN) betreuende Arzt, dann angesprochen hatte, in Zuge eines Gespräches in der Tagesklinik." #00:12:46-7#*

(P1, T2, Pos. 60). Ein*e Patient*in fasste es zusammen und brachte die negativen Assoziationen mit dem Begriff einer palliativen Betreuung auf den Punkt: *„P: Nichts Gutes. Also, verstehen Sie richtig. Das können Sie jetzt selber interpretieren. Es ist natürlich großartig, dass es so etwas gibt. Aber es ist fürchterlich, wenn man da hinein kommt." (T2_24082023_M-*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1.Interview_überarbeitet_JB, Pos. 46). Darüber hinaus wurde Palliativ mit dem Ende der Behandlung und bzw. den -möglichkeiten in Verbindung gebracht, was man seinem Umfeld nicht zumuten möchte: *„P: Ja, palliative Betreuung verbinde ich halt einfach damit, dass die Behandlung, wenn die Behandlung zu Ende geht oder wenn, wenn keine, wenn kein Sinn mehr darin besteht, weiter zu machen. Und da haben wir schon auch mal drüber gesprochen, oder ich habe dann gleich zu meinem Mann gesagt, wenn das mal so weit wäre, dann würde ich schon auch vielleicht ins Hospiz später gehen. Also das würde ich meiner Familie nicht unbedingt aufhalsen wollen." (P12, T2, Pos. 103).*

Patient*innen äußerten zum Teil aber auch ihren Wandel des Verständnisses nach Aufklärung über das Thema: *„P2: […] dass es da nicht rein ums Sterben geht, sondern im Prinzip /, dass ja dem Patienten, ich sage mal zu helfen, dass es ihm besser geht hat." (P1, T2, Pos. 58)* und, dass sie sich mit dem Thema *„P: […] noch nie so richtig befasst" (P3, T2, Pos. 63)* haben. Eine*r der Betroffenen reflektierte dabei aber auch, *„P: […] dass was bei mir hier gemacht wird, ist ja schon palliativ ne." (P3, T2, Pos. 63)*, sprich, dass die aktuelle Erkrankungssituation aufgrund der Nicht-Heilbarkeit palliativ ist. Die Person merkte aber auch an, dass sie sich nicht als Palliativpatient*in fühle: *„Das, was jetzt ist. Ja, das kann ich vielleicht einordnen. Also für mich ist es, ich weiß es, dass es Lebens erhaltend ist, aber ich komme mir nicht vor als Palliativpatient." #00:07:10-8# (P3, T2, Pos. 63).*

Auf die Frage nach einer zukünftigen Anwendung bzw. dem Erhalt von OnCoPaTh, äußerten Patient*innen, dass das Konzept des OncoCoaches Gefallen finden würde (bspw. *„P: Die Betreuung durch den OncoCoach finde ich schon sehr gut. OncoCoach als Ansprechpartner, die ja auch über ein wirklich fundiertes Wissen ein fundiertes Wissen hat. Das ist schon hilfreich." #00:05:55-7# (P10, T6, Pos. 53)* oder *„Also ich fand es schon angenehm, dass ich naja, dass man sich, wenn einmal was war, konnte ich es ihr ja sagen ne und das aber nichts jetzt mit dem mit Krebs zu tun hat oder so ne." (P8, T6, Pos. 74)*) und damit verbunden weitergehend ein Austausch: *„P: Einfach das so ein Austausch ist, es immer gut, wenn man miteinander redet." #00:09:34-2# (P4, T6, Pos. 109).* Zudem wurde der Gedanken geäußert, die Patient*innen hinsichtlich ihres Bedarfs in der Intensität der Betreuung zu differenzieren: *„P: Ja, vielleicht die Patienten besser unterteilen. Ich glaube, es gibt sehr viele, die mehr Zuwendung brauchen würden als zum Beispiel ich, der ich noch relativ mit beiden Beinen im Leben stehe, trotz meines Alters. Aber es gibt sehr viele Leute, das sehe ich immer bei der Chemo, die erheblich jünger sind als ich und mit dem Leben eigentlich irgendwie so Oh Gott, ich habe Krebs, ja, die eigentlich viel mehr Probleme haben. […] Da könnte man vielleicht mehr machen. […] Also rein psychologisch bedingt, glaube ich. #00:09:08-6# (P4, T6, Pos. 101-105).*

3.2.5 Maintenance

3.2.5.1 Schriftliche Befragungen – Ärzt*innen

In **Abschnitt H der zweiten Ärztebefragung zu T4** wurde das Instrument des **G-NoMAD** verwendet (Freund et al., 2023), welches die **Einführung und Anwendung von OnCoPaTh** abdeckte. Es basiert auf der Normalisation Process Theory und zielt darauf ab, Implementierungsprozesse und die Normalisierung von Interventionen im Gesundheitswesen zu bewerten, um dadurch herauszufinden, wie neue Interventionen in bestehende Abläufe und Routinen eingebettet werden. Die ersten drei Items sind die sogenannten „globalen" Fragen und wurden auf einer Skala von 0-10 angekreuzt. Für die erste Frage, wie vertraut sich

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

OnCoPaTh für die Ärzt*innen anfühlt, ergab sich in der IG ein Mittel von 7 und in der VG II von 6. Hinsichtlich der zweiten Frage, ob die Ärzt*innen OnCoPaTh als gewohnten Bestandteil ihrer Arbeit betrachten, erzielten beide Studiengruppen (IG und VG II) im Mittel einen Wert von 6. Bei der dritten Frage, ob die Ärzt*innen sich vorstellen können, dass OnCoPaTh ein gewohnter Bestandteil ihrer Arbeit werden würde, wurde in der VG II mit 8 ein höheres Mittel als in der IG mit 7 erzielt. Der Hauptteil des Fragebogens besteht aus 20 Items, die sich auf 4 Dimensionen aufteilen (Finch et al., 2018). Zur Messung der Items fand eine 6-stufige Antwortskala Anwendung (nicht zutreffend = 0, Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 5).

Die **erste Dimension** ist die „**Coherence**“ und wie folgt definiert: „Sense-making that promotes or inhibits the coherence of a practice to its users. These processes are energized by investments of meaning made by participants“. Sie wird mittels 4 Items (Cronbachs Alpha 0,85) erfasst. Die VG II ergab im Mittel einen etwas höheren Wert als die IG und die Konfidenzintervalle überlappten. In allen Gruppen wurde „weder noch“ (= 3) oder höher angekreuzt. Siehe Tabelle 159.

Tabelle 159: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.06	0.31	4	15.91	2.27	3–5	3.88–4.24
VG II	9	4.19	0.51	4	16.78	18.18	3–5	3.86–4.52
NA	1	5.00		5	20.00	0.00	5–5	NA–NA

Anzahl Items: 4

Cronbachs Alpha: 0.85

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Die **zweite Dimension** ist die „**Cognitive participation**“, welche als „Participation that promotes or inhibits users' enrolment and legitimisation of a practice. These processes are energized by investments of commitment made by participants.“ definiert ist. Diese Dimension wird ebenfalls anhand 4 Items (Cronbachs Alpha 0,87) bewertet. Die beiden Studiengruppen IG und VII zeigten einen nahezu identischen Mittelwert, wobei in der VG II ausschließlich „weder noch“ (= 3) oder höher angegeben wurde. Die Konfidenzintervalle der IG und VG II überschnitten sich. Siehe Tabelle 160.

Tabelle 160: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.29	0.50	4.5	16.73	2.27	2–5	3.99–4.59

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG II	9	4.28	0.65	4.0	17.11	18.18	3–5	3.86–4.7
NA	1	5.00		5.0	20.00	0.00	5–5	NA–NA

Anzahl Items: 4

Cronbachs Alpha: 0.87

„**Collective Action**“ bildet die **dritte Dimension** des NoMAD-Instruments und wird mit Hilfe von 7 Items (Cronbachs Alpha 0,68) erfasst. „Collective action“ meint „Activity that promotes or inhibits the enacting of a practice by its users. These processes are energized by investments of effort made by participants.”. Die VG II hatte erneut im Mittel einen höheren Wert im Vergleich zur IG. Die Konfidenzintervalle überlappten und es wurden sowohl in der IG als auch VG II alle Antwortmöglichkeiten ausgeschöpft. Siehe Tabelle 161.

Tabelle 161: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 3

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	3.67	0.39	3.71	25.09	2.60	1–5	3.44–3.9
VG II	10	4.15	0.46	4.14	25.60	18.18	2–5	3.86–4.44
NA	1	4.86		4.86	34.00	0.00	4–5	NA–NA

Anzahl Items: 7

Cronbachs Alpha: 0.68

Die **vierte Dimension** “**Reflexive monitoring**“, definiert als: „Practices that promote or inhibit users’ comprehension of the effects of a practice. These processes are energized by investments in appraisal made my participants.“, wurde mittels 5 Items (Cronbachs Alpha 0,77) abgebildet. Auch in dieser Dimension lag die VG II im Mittel höher als die IG. Die Konfidenzintervalle beider Gruppen überschnitten sich. Ärzt*innen der VG II kreuzten ausschließlich „weder noch“ (= 3) oder höher an. Siehe Tabelle 162.

Tabelle 162: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt H 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.07	0.41	4.0	18.45	9.09	2–5	3.83–4.31
VG II	10	4.24	0.41	4.1	21.20	9.09	3–5	3.99–4.49
NA	1	4.80		4.8	24.00	0.00	4–5	NA–NA

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anzahl Items: 5

Cronbachs Alpha: 0.77

Abschnitt J in der **ersten Ärztebefragung zu T2** befasste sich mit der **Absicht**, bestimmte **Elemente** (nichtärztliche Sprechstunde, gute Teamarbeit zwischen OC und Arzt*Ärztin, regelmäßige frühzeitige Integration der Patient*innen in die palliative Betreuung, gute Teamarbeit zwischen OC und palliativer Pflegefachperson, Einbinden der Informationen aus nichtärztlichen Beratungsgesprächen in die Behandlungsentscheidungen) **in der Einrichtung zukünftig nach Abschluss der Studie beizubehalten bzw. umzusetzen**. Zur Messung der fünf Items (Cronbachs Alpha 0,70) wurde eine 5-stufige Antwortskala verwendet (Stimme überhaupt nicht zu = 1, Stimme voll und ganz zu = 5) Im Mittel stimmten die Ärzt*innen der VG II etwas mehr den Aussagen zu als in der IG. Die beiden keiner Studiengruppe zugeordneten Ärzt*innen (NA) zu T2 lagen mit ihrem Mittel zwischen den beiden Studiengruppen. Alle drei Konfidenzintervalle überlappten. Es wurde bei keinem der Items „Stimme überhaupt nicht zu“ oder „Stimme eher nicht zu“ angekreuzt. Siehe Tabelle 163.

Tabelle 163: Statistische Auswertung 1. Ärztebefragung (T2) Abschnitt J

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.36	0.48	4.2	21.82	0	3–5	4.08–4.64
VG II	14	4.57	0.38	4.6	22.86	0	3–5	4.37–4.77
NA	2	4.50	0.14	4.5	22.50	0	3–5	4.31–4.69

Anzahl Items: 5

Cronbachs Alpha: 0.7

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Zu T4 in der **zweiten Ärztebefragung** wurde in **Abschnitt J** ein sechstes Item ergänzt, Item 1.02. Cronbachs Alpha betrug 0,80. Auch zu T4 war der Mittelwert in der Gruppe der VG II höher als in der IG. Die Konfidenzintervalle der IG und VG II überschnitten sich. In der VG II wurde auch zu T4 keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ oder „Stimme eher nicht zu“ angegeben. Siehe Tabelle 164.

Tabelle 164: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt J 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	11	4.23	0.54	4.33	25.36	0.00	1–5	3.91–4.55
VG II	10	4.55	0.42	4.58	27.30	9.09	3–5	4.29–4.81

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
NA	1	5.00		5.00	30.00	0.00	5–5	NA–NA

Anzahl Items: 6

Cronbachs Alpha: 0.8

Des Weiteren wurden zu T4 nach **notwendigen Ressourcen und Anpassungen in der Praxis bzw. Einrichtung der Ärzt*innen gefragt, welche für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh nach Projektende notwendig sind** (Items Block 2). Lediglich ein*e Arzt*Ärztin (4 %, der VG II) gab an, dass es in seiner*ihrer Einrichtung oder Praxis keine weiteren Ressourcen bzw. Anpassungen bedarf (Item 2). 19 der 23 Ärzt*innen (83 %) gaben an, dass sie Zeit als Ressource benötigten, 17 (74 %) Personal und 13 (57 %) sowohl finanzielle Mittel als auch Infrastruktur. Fortlaufender Unterstützung bei der Umsetzung von OnCoPaTh im Versorgungsalltag bedurfte es laut der Ärzt*innen bei knapp der Hälfte mit 52 % (n = 12). 10 (43 %) der befragten Ärzt*innen erachteten eine Kooperation und Zusammenarbeit mit Partnern (bspw. palliative Versorger) als notwendig für eine Fortführung von OnCoPaTh. „Sonstiges“ wurde nur einmal (4 %) angekreuzt, von einem*einer Arzt*Ärztin der IG. Diese Person gab im Freitextfeld „Kontinuität der OncoCoaches“ als Bedürfnis an (Tabelle 165).

Tabelle 165: Statistische Auswertung 2. Ärztebefragung (T4) Abschnitt J 2

Item	Antwort-option	IG	VG II	NA	Gesamt
Zeit	0	2 (18,18%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	3 (13,04%)
	1	9 (81,82%)	9 (81,82%)	1 (100,00%)	19 (82,61%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Personal	0	2 (18,18%)	2 (18,18%)	1 (100,00%)	5 (21,74%)
	1	9 (81,82%)	8 (72,73%)	0 (0,00%)	17 (73,91%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Finanzielle Mittel	0	5 (45,45%)	3 (27,27%)	1 (100,00%)	9 (39,13%)
	1	6 (54,55%)	7 (63,64%)	0 (0,00%)	13 (56,52%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Item	Antwort-option	IG	VG II	NA	Gesamt
Infrastruktur (bspw. Räumlichkeiten, digitale Ausstattung)	0	6 (54,55%)	2 (18,18%)	1 (100,00%)	9 (39,13%)
	1	5 (45,45%)	8 (72,73%)	0 (0,00%)	13 (56,52%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Training und Fortbildung des Personals	0	7 (63,64%)	6 (54,55%)	1 (100,00%)	14 (60,87%)
	1	4 (36,36%)	4 (36,36%)	0 (0,00%)	8 (34,78%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Anpassungen der fachlichen Ausrichtung der Praxis/Einrichtung	0	10 (90,91%)	10 (90,91%)	1 (100,00%)	21 (91,30%)
	1	1 (9,09%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Integration der nVF in die Geschäftsprozesse der Praxis/ Einrichtung	0	7 (63,64%)	9 (81,82%)	0 (0,00%)	16 (69,57%)
	1	4 (36,36%)	1 (9,09%)	1 (100,00%)	6 (26,09%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Einführung neuer Regelungen in die Praxis/Einrichtung	0	10 (90,91%)	7 (63,64%)	1 (100,00%)	18 (78,26%)
	1	1 (9,09%)	3 (27,27%)	0 (0,00%)	4 (17,39%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Inhaltliche Anpassungen an der nVF	0	10 (90,91%)	9 (81,82%)	1 (100,00%)	20 (86,96%)
	1	1 (9,09%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	2 (8,70%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Schlüsselpersonen, welche das Team zur weiteren Nutzung der nVF motivieren	0	10 (90,91%)	7 (63,64%)	1 (100,00%)	18 (78,26%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Item	Antwort-option	IG	VG II	NA	Gesamt
Fortlaufende Unterstützung bei der Umsetzung von OnCoPaTh im Versorgungsalltag	1	1 (9,09%)	3 (27,27%)	0 (0,00%)	4 (17,39%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
	0	7 (63,64%)	3 (27,27%)	0 (0,00%)	10 (43,48%)
	1	4 (36,36%)	7 (63,64%)	1 (100,00%)	12 (52,17%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Kooperation und Zusammenarbeit mit Partnern (bspw. palliative Versorger)	0	5 (45,45%)	7 (63,64%)	0 (0,00%)	12 (52,17%)
	1	6 (54,55%)	3 (27,27%)	1 (100,00%)	10 (43,48%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Längerfristige Planung	0	8 (72,73%)	8 (72,73%)	0 (0,00%)	16 (69,57%)
	1	3 (27,27%)	2 (18,18%)	1 (100,00%)	6 (26,09%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
Sonstiges	0	10 (90,91%)	10 (90,91%)	1 (100,00%)	21 (91,30%)
	1	1 (9,09%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)
	NA	0 (0,00%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	1 (4,35%)

3.2.5.2 Schriftliche Befragungen – OncoCoaches

In **Abschnitt J** wurden die OncoCoaches zu **T6** hinsichtlich der **Einführung und Anwendung von OnCoPaTh ebenfalls mittels des G-NoMAD Instruments** befragt. Hinsichtlich der ersten Frage, wie vertraut sich OnCoPaTh für die OncoCoaches anfühlt, ergab sich sowohl in der IG als auch in der VG II ein Mittel von 8, wobei mit Blick auf die Nachkommastelle die VG II ein etwas höheres Mittel von 8,08 als die IG mit 7,71 zeigte. Bei der zweiten Frage, ob OnCoPaTh als gewohnter Bestandteil der eigenen Arbeit betrachtet wird, zeigte die VG II mit einem gerundeten Mittel von 8 einen etwas höheren Wert als die IG mit 7. OncoCoaches der IG konnten sich eher vorstellen (Mittelwert von 9), dass OnCoPaTh ein gewohnter Bestandteil ihrer Arbeit werden wird, als OncoCoaches der VG II (Mittel von 7).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die erste Dimension der Coherence zeigte ein niedriges Cronbachs Alpha von 0,41, wobei der Anteil fehlender Werte sehr hoch war, welcher durch die notwendige Umcodierung der Antwortoption „Nicht zutreffend“ im Rahmen der Auswertung potenziell erhöht wird. Die IG zeigte ein höheres Mittel als die VG II. Zudem wurde in der IG keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ (=1) sowie die zweitnegativste Antwortoption angekreuzt. Siehe Tabelle 166.

Tabelle 166: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	4.57	0.37	4.5	18.29	30.00	3–5	4.3–4.84
VG II	13	4.31	0.58	4.5	17.23	31.58	1–5	3.99–4.63

Anzahl Items: 4

Cronbachs Alpha: 0.41

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Hinsichtlich der Cognitive Participation (Cronbachs Alpha von 0,62) zeigte ebenfalls die IG einen höheren Mittelwert als die VG II. In beiden Studiengruppen wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ (=1) sowie die zweitnegativste Antwortoption angekreuzt. Siehe Tabelle 167.

Tabelle 167: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 3

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	4.57	0.43	4.75	17.57	32.50	3–5	4.25–4.89
VG II	13	4.27	0.51	4.25	17.08	31.58	3–5	3.99–4.55

Anzahl Items: 4

Cronbachs Alpha: 0.62

Bei dem dritten Konstrukt Collective Action (Cronbachs Alpha 0,76) wurde die gesamte Antwortskala in beiden Studiengruppen ausgeschöpft. Die VG II zeigte hierbei einen größeren Mittelwert als die IG. Der Anteil fehlender Werte war ähnlich hoch wie bei den anderen Dimensionen. Siehe Tabelle 168.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 168: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	3.86	0.39	3.71	27.00	30.00	1–5	3.57–4.15
VG II	13	4.06	0.73	4.00	27.31	33.83	1–5	3.66–4.46

Anzahl Items: 7

Cronbachs Alpha: 0.76

Die Subskala des Reflexive Monitoring (Cronbachs Alpha von 0,54) brachte einen leicht höheren Wert für die OncoCoaches der IG hervor. In der VG II wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ (=1) angekreuzt und in der IG weder diese Antwortoption noch die zweitnegativste. Siehe Tabelle 169.

Tabelle 169: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt J 5

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	4.29	0.39	4.4	20.14	34.00	3–5	4–4.58
VG II	13	4.18	0.55	4.4	20.23	33.68	2–5	3.88–4.48

Anzahl Items: 5

Cronbachs Alpha: 0.54

Um die **Einschätzung des Engagements der Führungspersonen in der Einrichtung der OncoCoaches** ging es in **Abschnitt K der letzten Befragung zu T6**. Hierfür fand die Sustainment Leadership Scale (SLS) (Ehrhart et al., 2018) Anwendung. Das Instrument besteht aus 12 Items, die sich in 4 Subskalen mit jeweils 3 Items aufteilen. Zur Beantwortung wurde eine 5-stufige Antwortskala („Stimme überhaupt nicht zu“ =0 bis „Stimme voll und ganz zu“ = 5) verwendet. Die erste Dimension bildet die Proactive Leadership ab, d.h. „the degree to which the leader establishes clear goals and plans, and removes obstacles during implementation“. Hierbei zeigte die VG II einen höheren Mittelwert als die IG, allerdings auch eine deutlich höhere Standardabweichung. In der IG wurde keinmal „Stimme voll und ganz zu“ (=4) angegeben. Das Cronbachs Alpha belief sich auf 0,94 (Tabelle 170).

Tabelle 170: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	1.76	0.53	1.67	5.29	30.0	1–3	1.37–2.15

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
VG II	12	1.99	1.25	1.42	5.83	38.6	0–4	1.28–2.7

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.94

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 0–4

Die zweite Subskala des Instruments ist die knowledgeable leadership, das bedeutet „the degree to which the leader is knowledgeable about evidence-based interventions“. Auch hierbei wies die VG II ein größeres Mittel im Vergleich zur IG auf. Keine*r der Befragten gab „Stimme überhaupt nicht zu“ (=0) an. Das Cronbachs Alpha belief sich auf 0,93. Der Anteil fehlender Werte war im gesamten Instrument sehr hoch (Minimum 30%, Maximum, 38,6 %) (Tabelle 171).

Tabelle 171: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	2.48	1.00	2.33	7.43	30.00	1–4	1.74–3.22
VG II	12	2.94	0.92	3.00	8.83	36.84	1–4	2.42–3.46

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.93

Hinter der dritten Dimension supportive leadership steckt „the degree to which a leader supports staff efforts to use and learn evidence-based interventions, and recognizes their efforts in doing so“. Das Cronbachs Alpha beträgt 0,93. Die VG II zeigte auch in dieser Dimension einen höheren Mittelwert im Gruppenvergleich und keine der befragten Personen gab „Stimme überhaupt nicht zu“ (=0) an (Tabelle 172).

Tabelle 172: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 3

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	2.52	0.74	2.33	7.57	30.00	1–4	1.97–3.07
VG II	12	2.92	1.13	2.83	8.75	36.84	1–4	2.28–3.56

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.93

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die vierte Subskala des Instruments bildet die perseverant leadership, welche den „degree to which the leader persists and moves forward in the implementation process despite problems and challenges“ umfasst. Das Cronbachs Alpha war erneut 0,93 und in der IG wurde keinmal „Stimme voll und ganz zu“ (=4) angekreuzt. Die VG II wies ebenfalls in dieser Dimension ein höheres Mittel als die IG vor (Tabelle 173).

Tabelle 173: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt K 4

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	2.05	0.52	2.0	6.14	30.00	1–3	1.66–2.44
VG II	12	2.44	1.36	2.5	7.33	36.84	0–4	1.67–3.21

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.93

Hierzu wurde in **Abschnitt L zu T6** (Tabelle 174) die **Umsetzung und Anwendung von OnCoPaTh als neue Versorgungsform und Projekt in der Einrichtung der OncoCoaches** thematisiert. Hierzu wurde zunächst die Provider REport of Sustainment Scale (PRESS) (Moullin et al., 2021) genutzt, welche aus 3 Items besteht und auf einer 5-stufigen Antwortskala („Stimme überhaupt nicht zu“ (=1) bis „Stimme voll und ganz zu“ (=5)) beantwortet wurde. Die Skala fand in der VG II eine etwas höhere Zustimmung als in der IG. In der IG wurde keinmal „Stimme überhaupt nicht zu“ angekreuzt und das Cronbachs Alpha belief sich auf 0,94. Der Anteil fehlender Werte war wie auch beim vorherigen Abschnitt hoch.

Tabelle 174: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt L 1

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	3.05	0.62	3.00	9.14	30.00	2–5	2.59–3.51
VG II	13	3.64	1.12	3.67	10.31	35.09	1–5	3.03–4.25

Anzahl Items: 3

Cronbachs Alpha: 0.94

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Die darauffolgenden Items stellen eine Auswahl aus dem Instrument Sustainment Measurement System Scale (SMSS) (Palinkas et al., 2020). Es handelt sich um 12 ausgewählte Items, die ein Cronbachs Alpha von 0,96 vorweisen. Es wurde dieselbe 5-stufige Antwortskala wie beim PRESS zuvor verwendet. In beiden Studiengruppen wurde die gesamte Antwortskala auch ausgeschöpft. Der Anteil fehlender Werte war auch hier hoch. Bei den selektierten Items wies die IG einen etwas höheren Mittelwert im Gruppenvergleich auf (Tabelle 175).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 175: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt L 2

Studien-gruppe	n [1]	mean	SD	Median	sum mean	Anteil (%) NA	empirischer Wertebereich [2]	95% CI
IG	7	3.55	0.65	3.42	42.57	30.00	1–5	3.07–4.03
VG II	13	3.47	1.02	3.25	41.69	31.58	1–5	2.92–4.02

Anzahl Items: 12

Cronbachs Alpha: 0.96

[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen

[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Die Items der PRESS sowie die selektierten Items der SMSS wurden nach der TRAPD-Methode ins Deutsche übersetzt.
Bei dem ergänzenden Freitextfeld am Ende des Abschnitts L, bei welchem OncoCoaches ihre subjektiv erlebten positiven Veränderungen nennen konnten, wurden 3 Aussagen (in der VG II) getätigt. 2 OncoCoaches führten zum einen „mehr Selbstsicherheit im Umgang mit den Patienten“ und zum anderen „sich Zeit für die Pat. nehmen zu können“. Ein*e OncoCoach*in berichtete von positiven Effekten für die Patient*innen: „Pat. fühlen sich gut, angemessen, bzw. fachgerecht betreut, entwickeln Vertrauen, sind kooperativ“.

In **Abschnitt M des dritten Erhebungszeitpunktes gegen Ende der Studienphase (T6)** wurden die OncoCoaches nach **notwendigen Ressourcen bzw. Anpassungen für die Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh nach Ende der Studienphase in ihrer Einrichtung** gefragt. Eine Person (3 %) der VG II kreuzte an, dass es keiner weiteren Ressourcen und Anpassungen bedarf. Über die Items der Ressourcen und Anpassungen von Abschnitt M hinweg gab es jeweils 38 % fehlende Werte (n = 11, 3 IG und 8 VG II). Am häufigsten kreuzten die befragten OncoCoaches Zeit (52 %, n = 15, 5 IG und 10 VG II) gefolgt von Personal (45 %, n = 13, 5 IG und 8 VG II) und der Integration der neuen Versorgungsform in die Geschäftsprozesse der Einrichtung (38 %, n = 11, 7 IG und 4 VG II) als notwendige Ressourcen bzw. Anpassungen an. Training und Fortbildung des Personals hinsichtlich der neuen Versorgungsform erachteten 35 % (n = 10, 4 IG und 6 VG II) als notwendig. Am wenigsten häufig wurden Anpassungen der fachlichen Ausrichtung unserer Einrichtung (10 %, n = 3, 1 IG und 2 VG II) sowie inhaltliche Anpassungen an der neuen Versorgungsform (10 %, n = 3, 2 IG und 1 VG II). Siehe Tabelle 176.

Tabelle 176: Statistische Auswertung 3. OC-Befragung (T6) Abschnitt M

Für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in unserer Einrichtung bedarf es weiterer Ressourcen und Anpassungen:	IG	VG II	Gesamt
Zeit			
Nicht angekreuzt	2 (20,00%)	1 (5,26%)	3 (10,34%)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in unserer Einrichtung bedarf es weiterer Ressourcen und Anpassungen:	IG	VG II	Gesamt
Angekreuzt	5 (50,00%)	10 (52,63%)	15 (51,72%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Personal			
Nicht angekreuzt	2 (20,00%)	3 (15,79%)	5 (17,24%)
Angekreuzt	5 (50,00%)	8 (42,11%)	13 (44,83%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Finanzielle Mittel			
Nicht angekreuzt	4 (40,00%)	9 (47,37%)	13 (44,83%)
Angekreuzt	3 (30,00%)	2 (10,53%)	5 (17,24%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Infrastruktur (bspw. Räumlichkeiten, digitale Ausstattung)			
Nicht angekreuzt	5 (50,00%)	6 (31,58%)	11 (37,93%)
Angekreuzt	2 (20,00%)	5 (26,32%)	7 (24,14%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Training und Fortbildung des Personals hinsichtlich der neuen Versorgungsform			
Nicht angekreuzt	3 (30,00%)	5 (26,32%)	8 (27,59%)
Angekreuzt	4 (40,00%)	6 (31,58%)	10 (34,48%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in unserer Einrichtung bedarf es weiterer Ressourcen und Anpassungen:	IG	VG II	Gesamt
Anpassungen der fachlichen Ausrichtung unserer Einrichtung			
Nicht angekreuzt	6 (60,00%)	9 (47,37%)	15 (51,72%)
Angekreuzt	1 (10,00%)	2 (10,53%)	3 (10,34%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Integration der neuen Versorgungsform in die Geschäftsprozesse unserer Einrichtung			
Nicht angekreuzt	0 (0,00%)	7 (36,84%)	7 (24,14%)
Angekreuzt	7 (70,00%)	4 (21,05%)	11 (37,93%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Einführung neuer Regelungen in unserer Einrichtung			
Nicht angekreuzt	3 (30,00%)	7 (36,84%)	10 (34,48%)
Angekreuzt	4 (40,00%)	4 (21,05%)	8 (27,59%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Inhaltliche Anpassungen an der neuen Versorgungsform			
Nicht angekreuzt	5 (50,00%)	10 (52,63%)	15 (51,72%)
Angekreuzt	2 (20,00%)	1 (5,26%)	3 (10,34%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Schlüsselpersonen, welche das Team zur weiteren Nutzung der neuen Versorgungsform motivieren			
Nicht angekreuzt	4 (40,00%)	8 (42,11%)	12 (41,38%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in unserer Einrichtung bedarf es weiterer Ressourcen und Anpassungen:	IG	VG II	Gesamt
Angekreuzt	3 (30,00%)	3 (15,79%)	6 (20,69%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Fortlaufende Unterstützung bei der Umsetzung von OnCoPaTh im Versorgungsalltag			
Nicht angekreuzt	4 (40,00%)	8 (42,11%)	12 (41,38%)
Angekreuzt	3 (30,00%)	3 (15,79%)	6 (20,69%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Kooperation und Zusammenarbeit mit Partner*innen (bspw. palliative Versorger, Psycho(-onkol-)log*in, Ernährungsberatung, ...)			
Nicht angekreuzt	2 (20,00%)	7 (36,84%)	9 (31,03%)
Angekreuzt	5 (50,00%)	4 (21,05%)	9 (31,03%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Längerfristige Planung			
Nicht angekreuzt	4 (40,00%)	8 (42,11%)	12 (41,38%)
Angekreuzt	3 (30,00%)	3 (15,79%)	6 (20,69%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)
Sonstiges			
Nicht angekreuzt	7 (70,00%)	11 (57,89%)	18 (62,07%)
Angekreuzt	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
NA	3 (30,00%)	8 (42,11%)	11 (37,93%)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2.5.3 Schriftliche Befragungen – KoPPs

Zur Erfassung der Nachhaltigkeit der Implementierung von OnCoPaTh wurde im Rahmen der T6-Erhebung unter KoPPs das G-NoMAD-Instrument eingesetzt. Die Antwortskala reichte von 1 („Stimme überhaupt nicht zu“) bis 5 („Stimme voll und ganz zu“). Es wurden vier Dimensionen betrachtet, die im Folgenden beschrieben werden.

Die Subskala Coherence (Cronbachs Alpha = 0,81) erfasste die wahrgenommene Sinnhaftigkeit von OnCoPaTh. Die VG II zeigte mit einem Mittelwert von 3,84 (95 %-KI: 3,50–4,18) einen leicht höheren Wert als die IG mit 3,57 (95 %-KI: 2,94–4,20) (Tabelle 177). Für Cognitive Participation (Cronbachs Alpha = 0,74), also das Engagement zur Mitgestaltung der Implementierung, ergaben sich Mittelwerte von 4,15 (95 %-KI: 3,57–4,72) in der VG II sowie 3,86 (95 %-KI: 3,02–4,70) in der IG (Tabelle 178). Die Subskala Collective Action (Cronbachs Alpha = 0,74) erfasste die Einschätzung zur praktischen Umsetzung von OnCoPaTh im Arbeitsalltag. Hier zeigte sich ein höherer Mittelwert in der VG II (MW = 3,56; 95 %-KI: 3,13–3,98) als in der IG (MW = 3,06; 95 %-KI: 2,56–3,55) (Tabelle 179). Für die vierte Dimension Reflexive Monitoring (Cronbachs Alpha = 0,87), die die Bewertung der bisherigen Anwendung umfasst, ergab sich ebenfalls ein höherer Mittelwert in der VG II (MW = 3,85; 95 %-KI: 2,89–4,81) im Vergleich zur IG (MW = 3,40; 95 %-KI: 2,73–4,08) (Tabelle 180). Insgesamt zeigte sich in allen vier Subskalen ein leicht höheres Zustimmungsniveau zur Implementierung von OnCoPaTh in der VG II im Vergleich zur IG.

Tabelle 177: Ergebnisse des G-NoMAD „coherence“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	3,57	1,09	3,50	0	1-5	2,94-4,20
VG II	12	3,84	0,44	4,00	3	3-5	3,50-4,18
NA	3						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.81
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Tabelle 178: Ergebnisse des G-NoMAD „cognitive participation“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	3,86	1,44	4,50	0	1-5	3,02-4,70
VG II	12	4,15	0,75	4,00	3	3-5	3,57-4,72
NA	3						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.74
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 179: Ergebnisse des G-NoMAD „collective action“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	3,06	0,86	3,00	0	1-5	2,56-3,55
VG II	12	3,56	0,50	3,54	4	3-5	3,13-3,98
NA	4						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.74
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

Tabelle 180: Ergebnisse des G-NoMAD „reflexive monitoring“ zum Erhebungszeitpunkt T6 - KoPP

Studiengruppe	n[1]	MW	SD	Median	NA	Empirischer Wertebereich [2]	95%-KI
IG	14	3,40	1,18	3,60	0	1-5	2,73-4,08
VG II	12	3,85	1,15	4,10	4	2-5	2,89-4,81
NA	4						

Anmerkungen. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; KI: Konfidenzintervall.
Cronbachs Alpha: 0.87
[1]Anzahl auswertbarer Fragebögen
[2]theoretischer Wertebereich: 1–5

3.2.5.4 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – OCs

In den Interviews mit den OncoCoaches zeigte sich insgesamt eine hohe Bereitschaft, die im Rahmen von OnCoPaTh erprobten Versorgungsansätze auch über die Projektlaufzeit hinaus fortzuführen. Mehrere Befragte beschrieben das Modell als sinnvolle und zukunftsfähige Ergänzung der onkologischen Versorgung, die sie auch anderen Einrichtungen empfehlen würden. Dabei wurde die Relevanz der OC-Rolle für die Patient*innen betont: *„[…] Man kann auch als Fachkraft oder auch als betreuende Pflegekraft oder was auch immer aktiv mitarbeiten an dem Patienten, was ja jahrelang so unter den Tisch gehalten wurde, weil es ja immer so Arzt-Patienten-Sache war. Aber nee, es ist es sind auch wir, die da einen ganz, ganz großen Einfluss auf die Patienten haben, weil wir ja wieder doch in Augenhöhe sind und wir doch mehr mit dem Patienten zu tun haben. […]“ (Interview 5, Pos. 399).* Eine andere Fachkraft hob die Nähe des OnCoPaTh-Versorgungsmodells zu einer optimalen Versorgung hervor: *"Also wenn das wirklich so umgesetzt werden könnte, wie es eigentlich von der Grundidee ist, wäre es optimal." (Interview 2, Pos. 80).* Diese Aussage verdeutlicht, dass die subjektive Wahrnehmung der Relevanz und Wirksamkeit maßgeblich zur Fortführungsbereitschaft beitrug und damit eine wichtige Grundlage für eine nachhaltige Verstetigung bildet. Auf der anderen Seite berichteten vereinzelte OCs von keiner guten Passung von OnCoPaTh hinsichtlich der Frage, wie nah die Versorgung mit OnCoPaTh an einer optimalen Versorgung liegt: *„Nicht sehr nah. #00:06:14#".*

Gleichzeitig wurden deutliche Rahmenbedingungen sichtbar, die eine langfristige Umsetzung erschweren können. Als zentrale Barrieren nannten die OCs fehlende zeitliche, personelle und

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

räumliche Ressourcen. Beispielsweise nannte eine OC den Personalmangel: *„OnCoPaTh wäre natürlich optimal, aber ich halte das nicht wirklich durchführbar in der Praxis, weil einfach das Personal fehlt. Ja, das ist schade. Ich würde es den Patienten gönnen, aber da muss man, denke ich, realistisch bleiben.“ (Interview 3, Pos. 185)*. Und eine weitere Person den Mangel an Zeit im Versorgungsalltag: *„Naja, die Herausforderung ist eigentlich das Zeitproblem. Man merkt einfach durch das, dass das Personal knapp ist, die Patientenzahlen immer mehr werden. Da läuft vieles so zwischen Tür und Angel, sage ich jetzt mal.“ (Interview 3, Pos. 127)*. Ein Fehlen dieser Ressourcen schränkt die Tiefe und Qualität der Intervention ein. Während in einigen Einrichtungen ein starkes Commitment zur Verstetigung erkennbar war – teils bis hin zur Schaffung neuer Stellen – zeigten sich in anderen Kontexten deutliche Hürden, etwa durch allgemeinen Personalmangel oder eine unzureichende Delegationsbereitschaft seitens der Ärzt*innen. Zudem wurde insbesondere der zusätzliche Dokumentations- und Abstimmungsaufwand im Studienkontext als Belastung empfunden und teilweise als Hemmnis für eine dauerhafte Integration bewertet. Folglich erhöhte der Studienkontext selbst die Belastung und schränkte die Umsetzbarkeit damit ein.

Auch strukturelle Faktoren wie mangelnde Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen oder organisatorische Hürden beeinflussten das Verstetigungspotenzial negativ. Dabei wurde insbesondere die Rollenverteilung zwischen KoPP und OncoCoach teilweise kritisch gesehen, da Kommunikationswege unnötig verlängert wurden.

Hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit wurde hervorgehoben, dass die Qualität der Kommunikation zwischen OCs, KoPPs und Onkolog*innen maßgeblich für die erfolgreiche Fortführung sei. Dort, wo etablierte Kommunikationswege bestanden und gegenseitige Wertschätzung vorhanden war, wurden die Chancen einer nachhaltigen Verankerung als hoch eingeschätzt. Wo diese Faktoren fehlten, blieb die Umsetzung auf ein geringeres Maß beschränkt. Eine OC berichtete: *„Aber es gab auch ganz viele Patienten, wo ich eigentlich überhaupt keine Rückmeldung gegeben habe. Ne, weil der Arzt überhaupt keine Zeit hat.“ (Interview 6, Pos. 103).*

Ein weiteres Hindernis stellte die Stigmatisierung des Begriffs „Palliativ“ dar, die sowohl auf Patient*innen- als auch auf Fachpersonalseite zu Zurückhaltung führte. Mehrere OCs berichteten, dass die Akzeptanz des KoPP-Angebots in einzelnen Fällen aufgrund dieser Begrifflichkeit erschwert wurde. Eine OC berichtete zur Thematik der frühen palliativen Versorgung: *„Ja, einige Patient*innen waren da erst sehr zurückhaltend. Ich glaube, das ist einfach noch so in den Köpfen drin. So palliativ gleich tot und oh, so schlimm ist es und da möchte ich noch nichts mit zu tun haben.“ (Interview 7, Pos. 119).* Eine OC antwortete auf die Frage, ob durch das Projekt eine Hemmschwelle gegenüber dem Begriff „Palliativ“ abgebaut werden konnte: „Gar nicht. Gar nicht. Das ist und bleibt eine Hemmschwelle.“ (Interview 5, Pos. 138).

Darüber hinaus wurde die Passung zwischen OnCoPaTh und den jeweiligen Praxisstrukturen unterschiedlich bewertet. In mehreren Einrichtungen konnten bestehende Routinen und gute Kommunikationswege genutzt werden, wodurch die Implementierung erleichtert wurde. Die Wege entwickelten sich zum Teil über die Projektlaufzeit: *„Da war das [Kooperation mit den palliativen Partnern – KoPP aus dem bereits kooperierenden SAPV-Team] sehr darauf versteift und dann mit der Zeit ging das dann ja, ne? Man hat so in die falsche Richtung geschaut und fing dann an, seine eigenen Strategien zu bauen, wo man dann gespürt hat, ja das ist der der Weg, den gehen wir mit unseren Patienten und der funktioniert super. Also am Anfang war es*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

holprig und jetzt läuft es glatt.“ (Interview 5, Pos. 161). In anderen Settings führten jedoch bereits vorhandene Strukturen, wie eine etablierte SAPV-Versorgung oder eine ländliche Versorgungssituation, zu Überlappungen oder einer geringeren Anschlussfähigkeit. Entsprechend variieren die Pläne zur Fortführung und bezogen auf die institutionelle Ebene zeigten sich unterschiedliche Strategien zur Verstetigung: Einige Einrichtungen planten, das OncoCoaching dauerhaft in bestehende Strukturen zu überführen, teilweise in Kombination mit einer frühen palliativen Integration. In anderen Fällen soll nur das OncoCoaching bestehen bleiben, während die palliative Komponente nicht fortgesetzt wird. In anderen Einrichtungen sollte das Modell in veränderter Form fortgeführt oder auf ausgewählte Elemente beschränkt werden. Nur in Einzelfällen wurde keine direkte Fortführung geplant, jedoch ähnliche Konzepte bzw. Adaptionen in Eigenregie entwickelt.

Externe Einflüsse wie die Corona-Pandemie, während der die OnCoPaTh-Studie durchgeführt wurde, hatten nach Einschätzung der OCs nur geringe direkte Auswirkungen auf die praktische Umsetzung der Intervention im Versorgungsalltag: *„Ich würde eher sagen weniger [Einfluss]. Weil so gut es ging, haben ja die Therapien weiterhin stattgefunden und somit ja die Patientenkontakte auch.“ (Interview 7, Pos. 259).* Einzelne Einschränkungen (z. B. Maskenpflicht, Online-Schulungen, Besuchsverbote) belasteten zwar den Alltag von Patient*innen und Fachkräften, die Versorgung konnte jedoch grundsätzlich wie gewohnt stattfinden.

Zusammenfassend verdeutlichen die Interviewdaten, dass OnCoPaTh aus Sicht der OCs als anschlussfähiges und sinnvolles Versorgungsmodell bewertet wird und ein hohes Verstetigungspotenzial besitzt. Dabei ist dessen dauerhafte Implementierung stark von strukturellen Rahmenbedingungen und Ressourcen, institutioneller Unterstützung, interprofessioneller Kooperation, klaren Rollendefinitionen, funktionierenden Kommunikationswegen und der Akzeptanz durch Patient*innen abhängig. Eine nachhaltige Implementierung erfordert flexible Anpassung an den Praxiskontext sowie strategische und strukturelle Verankerung.

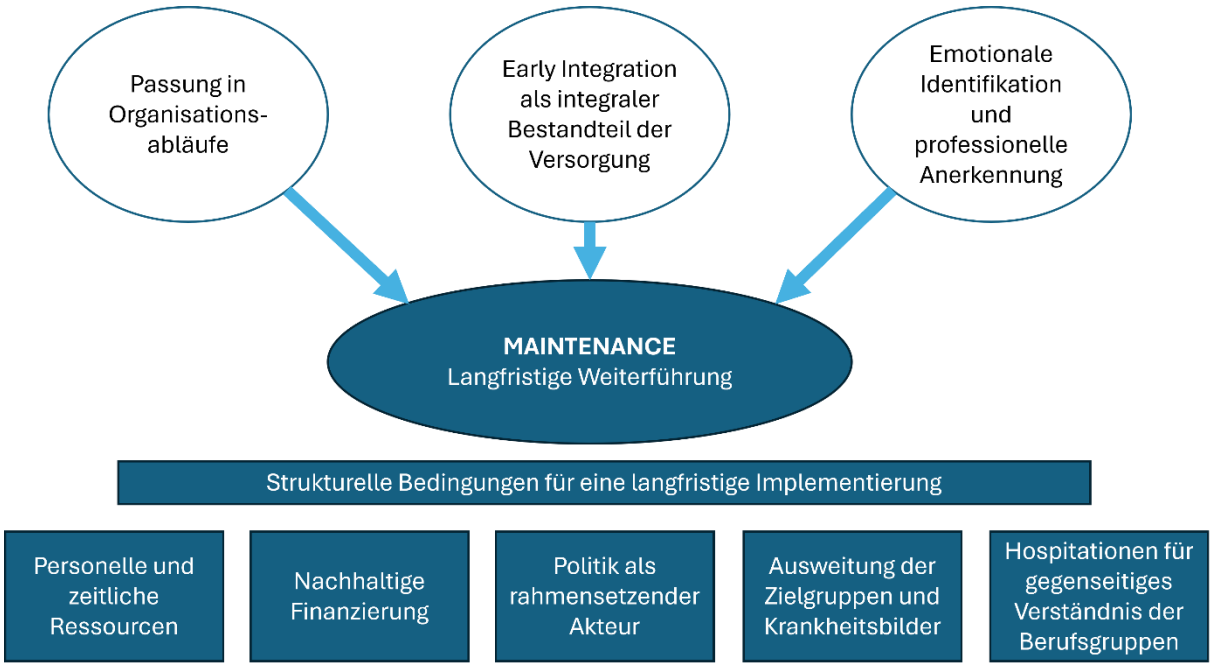
3.2.5.5 Interviews mit nichtärztlichem Gesundheitspersonal – KoPPs

Die Dimension „Maintenance“ des Re-AIM-Frameworks bezieht sich auf die Frage, inwiefern eine Intervention nach Projektende langfristig fortgeführt und in bestehende Strukturen überführt werden kann. Im OnCoPaTh-Projekt wurde diese Thematik besonders in der dritten Erhebungswelle (T7) aufgegriffen. Zur Auswertung dienen die Kategorien 1.1 projektbezogene Äußerungen, 3.3 Verbesserungsbedarf an der nVF, 8.1 Weiterführung Projekt und 8.2 Passung der nVF in Orga-Abläufe. Zu T7 wurden zusätzlich Fragen zu Zukunftsperspektiven, zur Fortführung der Versorgungsform nach Studienende sowie zu Einschätzungen hinsichtlich Prozessevaluation und Projekterfahrungen aufgenommen.

Die Aussagen der Interviewten aus der IG und der VG II zeigen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Weiterführung des Modells – allerdings unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und mit jeweils spezifischen Herausforderungen (vgl. Abbildung 185).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Abbildung 185: Ergebnisse der Interviews mit KoPPs zur nachhaltigen Fortführung der nVF



Emotionale Identifikation und professionelle Anerkennung

Für die langfristige Verstetigung von OnCoPaTh erwies sich in der IG insbesondere die emotionale und professionelle Bindung der Beteiligten als zentraler Erfolgsfaktor. Die Teilnehmenden beschrieben das Projekt nicht nur als fachlich sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungsstrukturen, sondern hoben auch ihren persönlichen Bezug und das erlebte Zugehörigkeitsgefühl hervor. OnCoPaTh wurde als deutliches Plus für die Patientenversorgung und den interprofessionellen Austausch bewertet, insbesondere durch die Rolle der KoPPs, die als koordinierende Schnittstelle eine gezielte Steuerung der Versorgung ermöglichten.

Eine Teilnehmerin brachte ihre Überzeugung von der Relevanz des Projekts eindrücklich zum Ausdruck:

*„Ich bin von der Sinnhaftigkeit von OncoCoach und OnCoPaTh total überzeugt. Ich glaube, das ist eine Schnittstelle, die fehlt und das erlebe ich im Alltag, das hat für mich die Studie unterstrichen. […] ich glaube, das entlastet den Onkolog*innen und aus Patientensicht ist es ein Riesenzugewinn […] es braucht jemand, der in diesem System die Weichen stellt." (IG, K31, T7, Abs. 99)*

Auch die wahrgenommene Nähe zur Optimalversorgung wurde hervorgehoben: *„Wie nahe ist Ihres Erachtens nach die Versorgung mit OnCoPaTh an der Optimalversorgung dran? T: Prozentual würde ich sagen waren das bestimmt 80 Prozent. War schon sehr, sehr nah dran, ja." (IG, K35_rs, T7, Z. 56-57)*

Über den fachlichen Nutzen hinaus betonten viele Befragte ihre persönliche Wertschätzung für die Projektteilnahme. Das Gefühl, Teil eines innovativen und sinnvollen Versorgungsmodells zu sein, stärkte nicht nur die Motivation während der Projektlaufzeit, sondern nährte auch den Wunsch nach einer Fortführung. Mehrere KoPPs beschrieben, dass

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

sie sich geehrt fühlten, an OnCoPaTh mitgewirkt zu haben, und angaben, gerne erneut teilnehmen zu wollen:

„Das war super, ich würde auch sofort wieder bei dem Projekt mitmachen. Weil ich das eine super Idee finde und sinnvoll.“ (IG, N02, T7, Abs. 1)

„Als Erstes fand ich mich ja schon geehrt, dass ich überhaupt gefragt worden bin, und ich habe mich darauf gefreut, und ich halte es nach wie vor für ein gutes Projekt, und wenn es das wieder gäbe würde ich es auch wieder machen.“ (IG, N02, T7, Abs. 101)

Diese Aussagen verdeutlichen, dass die nachhaltige Verankerung von OnCoPaTh nicht allein auf objektiv messbaren Versorgungseffekten beruht, sondern maßgeblich auch von subjektiven Faktoren getragen wird. Die emotionale Identifikation mit dem Projekt und das Erleben professioneller Anerkennung tragen wesentlich zur Bereitschaft bei, das Modell dauerhaft zu etablieren und weiterzuentwickeln.

Early Integration:

Ein zentraler Aspekt für die langfristige Etablierung von OnCoPaTh war die frühzeitige Einbindung der KoPPs in die Versorgungspfade; ein Ansatz, der von den Beteiligten ausdrücklich begrüßt wurde. Die sogenannte „Early Integration“ wurde nicht nur als fachlich sinnvoll, sondern auch als identitätsstiftend erlebt. Die KoPPs positionierten sich bewusst als frühzeitige Ansprechpersonen und empfanden ihre Rolle als integralen Bestandteil der Versorgung ab dem Zeitpunkt der Diagnose:

„Wir sind am Start, das ist Early Integration, ihr könnt uns nicht zu früh anfragen, das ist unser Angebot und das hatte auch einen Eigennutzen für uns, also jetzt sind wir einfach in den Zentren […] auch durch die Studie nochmal enger im Gespräch“ (IG, K31, T7, Abs. 90)

Diese frühe Verankerung ermöglichte nicht nur eine kontinuierliche Begleitung der Patient*innen, sondern förderte auch die interprofessionelle Vernetzung innerhalb der beteiligten Versorgungseinrichtungen. Der Austausch wurde als intensiver und strukturierter wahrgenommen, was wiederum zur Akzeptanz und Bereitschaft beitrug, das Modell über das Projektende hinaus fortzuführen.

Auch in der Vergleichsgruppe zeigte sich ein klarer Wille zur Weiterführung der begonnenen Versorgung. So betonte eine befragte Fachkraft, dass sie die während des Projekts betreuten Patient*innen weiterhin begleiten werde:

„Ja, zumindest die Patienten, die jetzt angebunden sind, die werde ich weiter begleiten. Das ist auch mit denen so abgesprochen.“ (VG II, N30, T7, Z. 220-221)

Darüber hinaus wurde die Zielgruppenauswahl von OnCoPaTh als passend eingeschätzt. Insbesondere die Ansprache von Patient*innen mit einer Erstdiagnose Fernmetastasierung wurde als sinnvoll und bedarfsorientiert bewertet:

„Eigentlich, ja, werden schon die richtige, wird die richtige Patientengruppe angesprochen. Nämlich die, die Erstdiagnose Fernmetastasen hat. Ich glaube, es ist schon ja, sehr gut, ja.“ (VG II, K14, T7, Z. 250.251)

Die frühe Integration der KoPPs in bestehende Versorgungsstrukturen sowie die positive Resonanz auf die Zielgruppenansprache stellen wesentliche Bausteine für die Nachhaltigkeit des Projekts dar. Sie zeigen, dass OnCoPaTh nicht nur als temporäre Intervention

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

wahrgenommen wurde, sondern das Potenzial besitzt, sich dauerhaft als ergänzender Bestandteil der onkologischen Versorgung zu etablieren.

Passung in Organisationsabläufe:

Ein wesentlicher Faktor für die nachhaltige Implementierung von OnCoPaTh war die Frage, wie gut sich das Projekt in bestehende Versorgungsstrukturen und Arbeitsabläufe integrieren ließ. Es wurde deutlich, dass OnCoPaTh vielerorts ohne tiefgreifende strukturelle Anpassungen in den Alltag überführt werden konnte. Mehrere Teilnehmende berichteten, dass die Projektaktivitäten weitgehend mit ihrer regulären Tätigkeit übereinstimmten:

„Also ich habe das zu meinen Kollegen immer gesagt „das, was ich in der Studie tue, ist fast 90 Prozent deckungsgleich zu meiner SAPV Arbeit." (IG, K35, T7, Abs. 69)

„Eigentlich ist die Arbeit, die ich jetzt im Rahmen von, von OnCoPaTh mache, eigentlich dasselbe, wie ich auch im Alltag arbeite. Außer dass ich mehr mit dem Hausarzt zu tun habe […]" (IG, K35, T4, Abs. 50)

Diese strukturelle Nähe führte dazu, dass der Implementierungsaufwand als gering eingeschätzt wurde. Die beteiligten Einrichtungen empfanden die Projektarbeit nicht als zusätzliche Belastung, sondern vielmehr als eine sinnvolle Erweiterung bestehender Prozesse:

„Ich fand es jetzt nicht so herausfordernd, ich fand es sehr schön. Das ist ja das, was wir jeden Tag machen." (VG II, N30, T7, Abs. 129)

In manchen Fällen wurde OnCoPaTh zwar nicht als Auslöser für grundlegend neue Abläufe empfunden, jedoch als Anlass, bestehende Versorgungsroutinen bewusster zu reflektieren und zu festigen:

„Ich glaube, es hat an den Abläufen im Alltag wenig geändert, aber nochmal sensibilisiert und das verstetigt." (IG, K31, T7, Abs. 18)

Vor allem in bereits gut vernetzten Zentren fügten sich die OnCoPaTh-Strukturen nahezu reibungslos ein. Eine Teilnehmerin berichtete:

„Wir waren vorher schon so vernetzt, wussten umeinander […]. Also ich glaube, für unsere Zentren die ich überblicke, hat die Studie jetzt nichts am Verständnis geändert" (IG, K31, T7, Abs. 120)

Einzelne Stimmen äußerten jedoch auch Kritik hinsichtlich spezifischer Abläufe im Projekt. Insbesondere die klare Rollenverteilung zwischen KoPP und OncoCoach wurde teilweise als hinderlich empfunden, etwa wenn Kommunikationswege künstlich verlängert wurden:

*„Ich glaube dass die OnCoPaTh-Strukturen da einfach nicht die richtigen sind. Also, dieses Konzept, also, wir haben ganz viel Zeit bis wir uns beim Patient*innen melden […], meine Aufgabe als KoPP ist ja da erstmal nur beratend tätig zu werden und obwohl ich eine […] Telefonnummer von dem Pflegedienst oder von einem ambulanten Hospizdienst im Telefon eingespeichert habe, darf ich den ja nicht anrufen und sagen, bitte kümmere dich, sondern ich soll es an den OncoCoach weiterleiten und das ist für mich einfach […] zeitraubend." (IG, K24, T7, Abs. 26)*

Trotz dieser Herausforderungen wurde das Projekt grundsätzlich als gut anschlussfähig an bestehende Strukturen wahrgenommen. Mehrere Teilnehmende betonten, dass keine umfangreichen Ressourcen nötig seien, um OnCoPaTh dauerhaft zu etablieren:

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

„Eigentlich könnten wir das schnell integrieren. Wir bräuchten jetzt nicht viel Know-How oder zeitliche Ressourcen oder räumliche Ressourcen […].“ (IG, K20, T7, Z. 218-219)

Auch im Hinblick auf die inhaltliche Zielsetzung, insbesondere die frühe palliative Versorgung, bestand bereits im Vorfeld eine hohe Zustimmung, was die Akzeptanz und Verstetigung zusätzlich begünstigte:

„Die [Einstellung zur frühen palliativen Versorgung] hatte ich immer schon. Die habe ich vorher schon gehabt und habe gehofft, dass die irgendwann auch mal wirklich implementiert wird und auch finanziert wird vom Kostenträger.“ (IG; K35, T7, Z. 83-84)

Die KoPPs setzten den Begriff der SAPV häufig mit der OnCoPaTh-Intervention gleich (vgl. auch Implementation). Dadurch gelingt es, die Intervention leichter in bestehende organisatorische Abläufe zu integrieren und Hemmnisse in der praktischen Umsetzung abzumildern. Insgesamt zeigen die Aussagen, dass OnCoPaTh dort, wo die strukturellen Voraussetzungen gegeben waren, ohne großen organisatorischen Mehraufwand implementiert werden konnte. Die enge Passung zu vorhandenen Arbeitsroutinen stellt somit einen zentralen Hebel für die nachhaltige Etablierung des Projekts dar.

Strukturelle Bedingungen für eine langfristige Implementierung

Die nachhaltige Etablierung von OnCoPaTh erfordert mehr als persönliche Überzeugung und positive Projekterfahrungen. In den Interviews wurde deutlich, dass eine langfristige Umsetzung des Modells nur gelingen kann, wenn bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllt sind. Teilnehmende aus beiden Gruppen betonten wiederholt, dass trotz der Passung in bestehenden Organisationsabläufe, insbesondere personelle Ressourcen, eine verlässliche Finanzierung und politische Rückendeckung entscheidend seien. Darüber hinaus wurden Vorschläge zur Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses zwischen Versorgungsbereichen sowie zur inhaltlichen Ausweitung der Intervention eingebracht. Die folgenden Abschnitte beleuchten die zentralen strukturellen Bedingungen im Einzelnen.

1. Personal und Zeit

Ein zentrales Thema war der hohe personelle Aufwand, den die Implementierung von OnCoPaTh mit sich bringt. Mehrfach wurde betont, dass das bestehende Personal in Praxen bereits stark ausgelastet sei und die zusätzlichen Aufgaben im Rahmen des Projekts nur mit erheblichem Mehraufwand zu bewältigen seien: *„Natürlich könnten wir, wenn wir mehr Personal hätten [..] noch mehr leisten.“ (IG, M05, T4, Abs. 89)*

Besonders die Rolle des OncoCoaches wurde als essenziell, aber zugleich schwer realisierbar beschrieben, wenn keine zusätzlichen personellen Ressourcen zur Verfügung stehen:

*„Ein OncoCoach, der die Konstante anspricht, Partner für den Patient*innen bleibt, das ist aus meiner Sicht zweifelsfrei ein riesen Zugewinn, ich glaube es braucht die personelle Struktur. Ich könnte mir vorstellen, dass eine Praxis sagt, mit welchem Personal soll ich das stemmen, wie soll mein ohnehin ausgelastetes Personal noch diese Zusatzrolle ausfüllen, ich glaube, das ist das Entscheidende.“ (IG, K31, T7, Abs. 83)*

Auch in der Vergleichsgruppe wurde der strukturelle Engpass deutlich benannt:

„Es müsste vielleicht einfach mehr geben, weil das, was wir machen, das ist wirklich sehr gut und wichtig. Aber es reicht halt nicht. Also für eine flächendeckende Versorgung müsste man personell ganz anders aufgestellt sein“ (VG II, N30, T7).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2. Finanzierung

Mit dem Personalaufwand untrennbar verbunden ist die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung. Die Projektarbeit wurde in beiden Gruppen als zeitintensiv und kostenaufwendig beschrieben. Besonders betont wurde, dass Tätigkeiten wie Gespräche, Koordination und Dokumentation in der Regelversorgung bislang kaum oder gar nicht vergütet würden.

„Was natürlich ganz klar ist, es gibt überhaupt keine Finanzierung[…] die Personalkosten sind das Höchste, und das ist einfach personallastig. Und zeitintensiv. Und das muss auch eigentlich honoriert werden." (IG, K35, T7, Abs. 44)

Diese Einschätzung wurde auch in der VG II geteilt. Ohne angemessene finanzielle Rahmenbedingungen sei eine dauerhafte Implementierung aus Sicht vieler Befragter nicht realistisch:

„Hürden sehe ich auch in der Finanzierung, definitiv. Also wenn das nicht vernünftig finanziert wird, dann kann man sich alles Mögliche vorstellen und aufzubauen, aber es scheitert dann am Geld. Also keiner arbeitet 24 Stunden ehrenamtlich." (VG II, K19, T7, Abs. 53)

Neben der grundsätzlichen Kostenfrage wurde auch auf konkrete Barrieren im Kontakt mit Kostenträgern hingewiesen, insbesondere im Bereich der SAPV:

„Kostenfaktor, definitiv. Erlebe ich immer wieder. Ablehnung von Krankenkassen in der SAPV. […] Die Kostenbarriere, die sehe ich. […] wir [möchten] möglichst viel Qualität geben, aber sie muss ja auch bezahlbar bleiben, deswegen sehe ich den Kostenfaktor als schwierigstes Kriterium." (IG, K35_rs, T7, Abs. 90)

Gleichzeitig wurde das Potenzial betont, durch strukturierte, frühzeitige Interventionen auch wirtschaftliche Vorteile zu erzielen:

„Early Integration trägt auch zur Wirtschaftlichkeit bei, weil wenn ein Patient die Dinge besser und schneller versteht, […] braucht es am Ende weniger Gespräche, die dem Arzt wieder an Zeit sparen[…], weil die dann Ressourcen wieder freilegen, auch um Personal wieder anders einzusetzen." (IG, K35_rs, T7, Abs.143)

3. Politik als rahmensetzender Akteur

Mehrere Interviewte betonten, dass politische Entscheidungsträger eine zentrale Rolle bei der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen einnehmen. Auch wenn der Personalengpass nicht unmittelbar politisch lösbar sei, könnten durch gesetzliche Vorgaben und Förderinstrumente Anreize für eine strukturierte Integration geschaffen werden:

„Mehr sind die Verantwortlichen in dem Fall die Politiker, die die Rahmenbedingungen vorgeben und sagen „das ist möglich, das ist finanzierbar, das können wir machen". Natürlich können die auch nicht die Personalnot ändern, aber dass man dann zumindest die Möglichkeiten hat, noch was anzubieten." (IG, K35_rs, T7, Abs. 143)

*„Das ist so eine nachgewiesenermaßen gute Sache mit der Early Integration, da muss sich die Gesundheitspolitik was überlegen, wie man das noch besser implementieren kann oder wie man noch andere Anreize schaffen kann, auch für so einen Onkolog*innen oder so." (IG, N02, T7, Abs. 110)*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

„Frühintegration ist notwendig, aber es wird in Deutschland nicht wirklich umgesetzt“ (IG, K20, T7, Abs. 206)

Das Projekt habe gezeigt, dass trotz bestehender Personalnot praktikable Versorgungsmodelle umsetzbar seien, sofern geeignete politische und strukturelle Unterstützung bestehe.

4. Hospitation für gegenseitiges Verständnis

Ein weiterer Vorschlag betraf die Möglichkeit gegenseitiger Hospitationen zwischen verschiedenen Versorgungsebenen. Ziel sei es, ein tieferes Verständnis für die jeweiligen Arbeitsbedingungen und Herausforderungen zu fördern, sowohl in der Praxis als auch im häuslichen Umfeld.

„Vielleicht, wenn man das macht, dass man auch mal eventuell eine Hospitation in einer onkologischen Praxis macht. Was läuft da überhaupt ab? […] Aber auch umgekehrt, dass die onkologische Praxis auch mal eine Hospitation über einen längeren Zeitraum in einem SAPV Team macht, um zu sehen was passiert da in der Häuslichkeit.“ (IG, K35, T7, Abs. 164)

Solche wechselseitigen Einblicke könnten helfen, Schnittstellen besser zu gestalten und das Verständnis füreinander zu stärken. Dies ist eine Voraussetzung für gelingende Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams.

5. Ausweitung der Zielgruppen und Krankheitsbilder

Neben den strukturellen und politischen Rahmenbedingungen wurde auch der Wunsch geäußert, das Modell perspektivisch auf andere Patientengruppen auszuweiten. Die Grundprinzipien von OnCoPaTh, insbesondere die frühzeitige palliative Anbindung und strukturierte Begleitung, seien nicht nur für onkologische Erkrankungen relevant:

„Ich würde mir auch wünschen, dass das auch in nicht onkologischen Erkrankungen ist, dass das auch irgendwann auch ganz normal wird.“ (IG, K35, T4, Abs. 152)

„Alles, was man sich so an Erkrankungen auch vorstellen kann, kann auch irgendwann in einer palliativen Versorgung enden oder endet in einer Palliativversorgung. Und gerade bei den nicht-onkologischen Fällen ist das echt das große Problem, dass […] der Kostenträger sagt da, die sind nicht palliativ, weil […] es sind ja auch keine onkologische Erkrankungen.“ (IG, K35, T4, Abs. 154)

Zudem wurde angeregt, die Kommunikation über das Projektende in künftigen Projekten klarer zu gestalten. Eine Interviewte merkte rückblickend an:

„Man hätte sagen können „Die wissen ja wann die Studie zu Ende ist und fertig“, aber das würde ich, wenn ich das ein zweites Mal mache, würde ich das am Anfang deutlicher kommunizieren, was passiert nach der Studie und so.“ (IG, K35_rs, T7, Abs. 27)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2.5.6 Interviews mit Patient*innen (der IG)

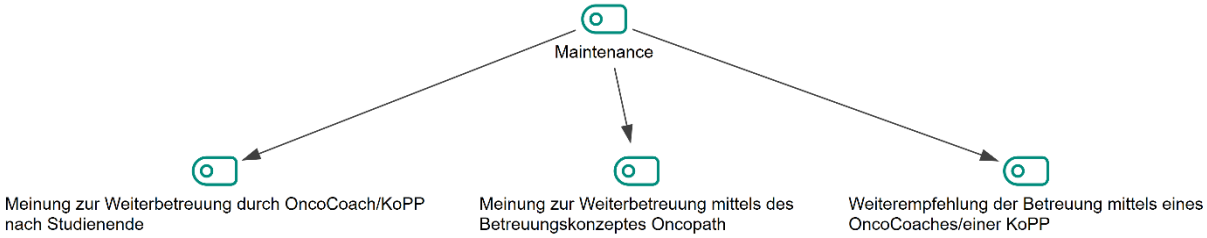


Abbildung 186: Oberkategorie „Maintenance“ und Unterkategorien der Patienteninterviews

Im Rahmen der Maintenance (Abbildung 186) wurden die Patient*innen hinsichtlich ihrer **Meinung zur Weiterbetreuung durch eine*n OncoCoach*in oder eine KoPP** gefragt. Dem Angebot stand ein Großteil der Interviewten positiv gegenüber: *„Würd ich mich freuen. #00:08:39-2# (P6, T2, Pos. 66)* oder *„Würde mitmachen. Auf jeden Fall. (P7, T2, Pos. 99)*. Eine Person merkte bezüglich einer Weiterbetreuung an, dass dies vom Krankheitsstand abhinge und im Falle einer weiterhin guten Versorgungssituation er*sie das Angebot nicht als notwendig erachten würde: *„Ja, das kommt halt von Krankheitsstand drauf an. Wenn es so ist wie jetzt, also brauche ich ehrlich gesagt niemand, weil es so ist, weil mir es gut geht. (P14, T4, Pos. 67)*. Des Weiteren würde die Betreuung durch eine*n OncoCoach*in Sicherheit für die Patient*in geben, für den Bedarfsfall: *„P: Ja, auf jeden Fall. Auf jeden Fall. Es gibt einem auch wieder Sicherheit, dass man weiß, wenn wirklich was ist, an wen man sich wenden muss. #00:13:22# (P7, T6, Pos. 132).* Für manche Interviewten war insb. der Bestandteil des OncoCoachings bereits manifestiert*: „P: Also ich denke das bleibt so. (lacht) Habe ich mir noch keine Gedanken drum gemacht. Ich denke, wenn ich die P. brauch, dann dann frage ich sie. Dann sage ich, Können sie mir mal helfen? Sie kennen sich ja da aus oder so, also da (...) Ja.“ #00:51:36# (P5, T6, Pos. 179).*

In Anlehnung an die Meinung der Betroffenen zur Weiterbetreuung hätten auch die meisten Patient*innen eine **Empfehlung für eine OC-Betreuung** ausgesprochen: *„Also praktisch, wenn jemand gegen OncoCoach reden tät also würde ich sagen also OncoCoach hat mir bis jetzt immer geholfen eigentlich unv.“ (P6, T2, Pos. 68), „P: Auf jeden Fall dazu raten, das mit zu machen. (P7, T2, Pos. 101)* oder *„P: Auf jeden Fall. […] 100 prozentig.“ (P10, T2, Pos. 81-83).* Eine Person hatte nach eigener Angabe bereits OnCoPaTh bzw. das Konzept des OncoCoachings weiterempfohlen: *„P: Ja, das habe ich sogar schon.“ #00:13:35-9# (P7, T6, Pos. 134).* Ein*e weitere*r Patient*in merkte an, dass es positiv sein kann, eine fremde Person wie den*die OncoCoach*in als Ansprechperson zu haben und, dass mit ihm*ihr anders gesprochen werden könne, wie mit Angehörigen oder auch ärztlichem Personal: *„P: Es ist einfach jemand/ Die hat da Ahnung. Und es ist. Es ist trotzdem jemand Fremdes. Also ich finde, da kann man dann auch nochmal leichter drüber reden wie mit unmittelbar Verwandte und Ehemann oder so ne. Und ja, das finde ich nicht schlecht.“ (P8, T2, Pos. 96)* und *„P: Ja, würde ich schon. Also weil du einfach. Ja, manche Fragen kommen halt einfach mit der Zeit, oder/ Ich mein, wenn ich mir überlegen mit meinem Arzt. Ich kann mit meinem Hausarzt gut reden, aber es ist trotzdem was anderes, weiß ich nicht. Es ist einfach normaler die Gespräche. Also man kann auch mal eine blöde Frage stellen und kommt sich dabei nicht so deppert vor. Das meine ich. Also Arzt ist halt Arzt, ne? (P8, T4, Pos. 119)* oder *„P: […] Und ja, ich mein, das sind so Sachen, die konnte ich mit ihr besprechen oder darüber reden, weil wenn so was muss ich*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

keinen Arzt nerven, der hat anderes zu tun. Es ist also es war andere Ebene, denke ich. Also ich fand das schön (P8, T6, Pos. 74). Im Zuge der Weiterempfehlung führte eine interviewte Person an, dass sich für ihn*sie die Frage nach dem Mehrwert der intensiveren Betreuung durch eine*n OncoCoach*in stellt: *„Ja, ich weiß nicht, was diese Person mir noch anderes geben kann, weil wie gesagt, die Familie/ Meine Schwiegertochter, die kann diese ganzen Arztbriefe lesen, die erzählt mir immer, was da drin steht, die Ergebnisse und (sie?) so besorgt um mich also da muss ich auch aufpassen, dass ich sage es geht mir gut wenn mir es auch manchmal nicht gut geht, weil es stellt sich alles auf und will mir helfen.“ (P14, T4, Pos. 71)* und eine*r sprach keine Weiterempfehlung aus: *„P: Nein, eigentlich nicht.“ #00:06:17-1# (P2, T6, Pos. 71).*

3.3 Theory of Change

Die ToC beschreibt, wie über die implementierte neue Versorgungsform und über Ressourcen, Annahmen, intermediäre sowie langfristige Endpunkte, die Reduktion des ungedeckten Unterstützungsbedarfs erreicht werden sollte. Darüber hinaus beschreibt sie übergeordnete Ziele der neuen Versorgungform (Impact) sowie die Grenze, ab der die nVF keinen direkten Einfluss auf die Ziele hat (Ceiling of Accountability) (siehe Abbildung 187).

Im Folgenden wird anhand der ToC zusammengefasst, 1) welche Ressourcen vorhanden waren, 2) inwiefern Implementierungsstrategien ihre Ziele erreichten, 3) welche Annahmen bestätigt bzw. abgelehnt wurden und welche 4) intermediären sowie 5) langfristigen Endpunkte erreicht werden konnten.

Die Synthese aus Theory of Change (ToC) und Evaluationsergebnissen zeigt, dass zwar verschiedene intermediäre Endpunkte erreicht wurden, die primären Studienziele jedoch nicht (siehe Abbildung 187). Die Synthese wird im Folgenden dargestellt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



Abbildung 187: Theory of Change unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse (ausführliche Legende in Anlage 15)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Weder im Vergleich zwischen IG und VG II noch zwischen C-RCT und VG I ließen sich signifikante Unterschiede im Unterstützungsbedarf oder in den Krankenhausaufenthalten nachweisen. Dies verdeutlicht, dass sowohl die neue Versorgungsform an sich, als auch die implementierte Form der neuen Versorgung keine nachweisbaren Effekte auf patientenrelevante Endpunkte erzielen konnte.

Die Implementierung verlief zunächst positiv: Positionen wurden besetzt, OncoCoaches (OCs) und Koordinationsfachkräfte für Palliative Care (KoPPs) waren nach den Schulungen einsatzbereit und äußerten hohe Bereitschaft zur Umsetzung. Schwierigkeiten ergaben sich jedoch bei der Rekrutierung der KoPPs, sodass eine flächendeckende Abdeckung erst im Verlauf erreicht wurde. Unterstützende Implementierungsstrategien, wie Kittelkarten mit Einschlusskriterien, Flyer für das KoPP-Angebot, regelmäßige Austauschformate für OCs und ein Leitfaden für Coachinggespräche, wurden entwickelt und positiv aufgenommen. Auch die KAM-Datenbank und die OnCoPaTh-App standen zu Beginn der C-RCT zur Verfügung.

Im Verlauf der Studie konnten intermediäre Ziele teilweise realisiert werden. Dazu gehörten die flächendeckende Umsetzung der OC-Sprechstunden mit tendenziell längeren Erstgesprächen sowie eine regelmäßige Unterbreitung des KoPP-Angebotes in der IG. Die OCs beschrieben in ihren Aufgaben die kontinuierliche Betreuung von Patient*innen und das Nebenwirkungsmanagement oder therapiebegleitende Unterstützung. Dabei war die kontinuierliche Betreuung von Patient*innen eine vage Umschreibung ohne klare inhaltliche Zielführung. Angehörige wurden in einigen Einrichtungen einbezogen, allerdings nicht regelhaft. Es wird vermutet, dass diese Einschränkung teilweise pandemiebedingten Regelungen zugeschrieben werden kann. Gleichzeitig berichteten OCs von fehlenden Ressourcen wie Zeit und Raum, die die Durchführung der Coachings erheblich erschwerten. Unklar blieb die Delegation ärztlicher Tätigkeiten, da nicht ersichtlich war, in welchem Umfang Absprachen zwischen OCs und Onkolog*innen stattfanden und diese nur bedingt Teil der beschriebenen Interaktion waren.

In wenigen Fällen bildeten sich Behandlerteams zwischen OCs und Onkolog*innen. Die Kommunikation in den Behandlerteams war von Wertschätzung, Vertrauen, einer gemeinsamen Sprache und transparenter Kommunikation geprägt. Die Kommunikation fand in diesen Fällen regelmäßig und fallbezogen statt. Allerdings fand in vielen Fällen die Kommunikation lediglich über einzelne Rückfragen oder Rücksprache statt. Teilweise berichteten OCs, dass sie ihre Arbeit unabhängig von Ärzt*innen durchführten. Empfehlungen an Onkolog*innen erfolgten selten, was mit fehlenden Absprachen zur Delegation und mangelnden Interaktionsstrukturen zusammenhing.

Sofern KoPPs zum Einsatz kamen, übernahmen sie eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen Patient*innen, Angehörigen und onkologischen Einrichtungen. Ihre Rolle erforderte neben fachlicher Expertise insbesondere kommunikative und emotionale Kompetenzen, um Patient*innen in belastenden Situationen zu begleiten. Dennoch blieben Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen OCs und KoPPs häufig unzureichend. Die OnCoPaTh-App erwies sich dabei als wenig hilfreich, da sie nur eingeschränkt genutzt wurde.

Ein weiterer limitierender Faktor war die geringe Nutzung von Informationsangeboten wie der KAM-Datenbank. OCs verwiesen Patient*innen nur vereinzelt auf diese Ressource und gaben teils geringe eigene Kenntnisse an, was die Beratungskompetenz einschränkte. Auch die Rekrutierung und Teilnahmebereitschaft der Patient*innen stellte ein wesentliches Problem

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

dar: Neben begrenztem Rekrutierungspotenzial äußerten viele Betroffene Bedenken gegenüber einer Studienteilnahme im palliativen Kontext. Diese Zurückhaltung spiegelte sich auch in der geringen Inanspruchnahme des KoPP-Angebots wider, das vielfach als nicht notwendig oder nicht passend empfunden wurde. Die Stigmatisierung des Begriffs „palliativ“ erschwerte die frühzeitige Integration zusätzlich und hemmte die Ansprache durch die OCs.

Obwohl die Zielpopulation grundsätzlich als geeignet beschrieben wurde, zeigte sich im Verlauf, dass die Patient*innen insgesamt über ein hohes Aufklärungs- und Partizipationsbedürfnis verfügten, gleichzeitig aber nur einen geringen Unterstützungsbedarf äußerten. Damit fehlte die notwendige Ausgangslage, um substanzielle Veränderungen durch die Intervention herbeizuführen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass OnCoPaTh von Fachkräften wie Patient*innen breit akzeptiert wurde und punktuelle Verbesserungen, etwa in der Betreuungskontinuität oder im Nebenwirkungsmanagement, erreichte. Sowohl OncoCoaches als auch Patient*innen berichteten von einem wahrgenommenen Nutzen. Die umgesetzten Implementierungsstrategien trugen zur erfolgreichen Durchführung des OncoCoachings und zur Einführung der frühen palliativen Integration bei und förderten deren Wahrnehmung und Akzeptanz. Strukturelle Barrieren, begrenzte Ressourcen, die geringe Inanspruchnahme palliativpflegerischer Angebote sowie ein insgesamt niedriger Unterstützungsbedarf der Patient*innen verhinderten jedoch, dass sich diese positiven Effekte in den primären Endpunkten widerspiegelten.

3.4 Sozio-ökonomisches Impact Assessment

3.4.1 Ablauf des SEIA

Zur Entwicklung des Kosten-Nutzen-Modells gab es zunächst einen virtuellen Austausch zwischen dem OnCoPaTh-Projektteam (AKS, Fachverband SAPV Hessen e. V., Deutsche Krebsgesellschaft e. V., BKG, WINHO) und dem Team, das die SEIA durchführte (PMV forschungsgruppe). Hierbei wurden Informationen zu Funktion und Wirkweise der neuen Versorgungsform (nVF) ausgetauscht, ebenso wie zur praktischen Planung der Studie. Auf Grundlage der Informationen entwickelte das SEIA-Team ein erstes vorläufiges Kosten-Nutzen-Modell. Dieses wurde dann im Rahmen eines Workshops dem OnCoPaTh-Projektteam vorgestellt, diskutiert und angepasst. Das finale Modell ist im folgenden Abschnitt beschrieben. Auf Grundlage des Modells wurde das ASSIST-Tool für die Datenerfassung und Modellierung konfiguriert. Hierzu wurden die im Kosten-Nutzen-Modell genannten Akteure mit ihren angenommenen Kosten- und Nutzen-Effekten abgebildet. Parallel dazu wurde die Erhebung von Daten für das SEIA im Rahmen der OnCoPaTh-Studie gemeinsam geplant. Hierzu wurden Items, die SEIA-spezifische Aspekte der nVF abdeckten, in die Befragungsinstrumente für Patient*innen und klinisches Personal (Ärzt*innen, MFA, KoPP) aufgenommen.

Daten aus der Feldphase wurden sukzessive in das ASSIST-Tool übernommen und auf dieser Grundlage das finale sozio-ökonomische Modell gerechnet. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.4.1 Kosten-Nutzen-Modell neue Versorgungsform OnCoPaTh

Abbildung 188 zeigt das finale Kosten-Nutzen-Modell der neuen Versorgungsform OnCoPaTh, das mit den Beteiligten des Projekts gemeinsam entwickelt wurde. Dieses Modell ist dabei zunächst als apriorisch zu verstehen, insofern es erwartete Effekte der nVF darstellt, die dann empirisch überprüft werden.

Als unmittelbar Beteiligte bzw. mittelbar involvierte Akteure des Versorgungsmodells wurden identifiziert:

- Patient*innen mit soliden Tumoren und neu diagnostizierten Fernmetastasen als primäre Nutznießer*innen der Intervention.
- Onkologische Praxen, die die Intervention einsetzen, um entsprechende Patient*innen besser versorgen zu können. Die einen Teil der Intervention erbringenden OncoCoaches sind an den Praxen angesiedelt.
- Konziliar tätige Palliativpflegefachpersonen (KoPP), die die Intervention einsetzen, um entsprechende Patient*innen palliativ versorgen zu können. Hierbei handelt es sich um eine neue Versorgungsrolle, die für das Projekt etabliert wurde.
- Gesetzliche Krankenversicherungen, die die Kosten der Versorgung der Patient*innen tragen.
- Nahestehende, die durch die Nähe der Patient*innen sekundäre Nutznießer*innen der Intervention sind.

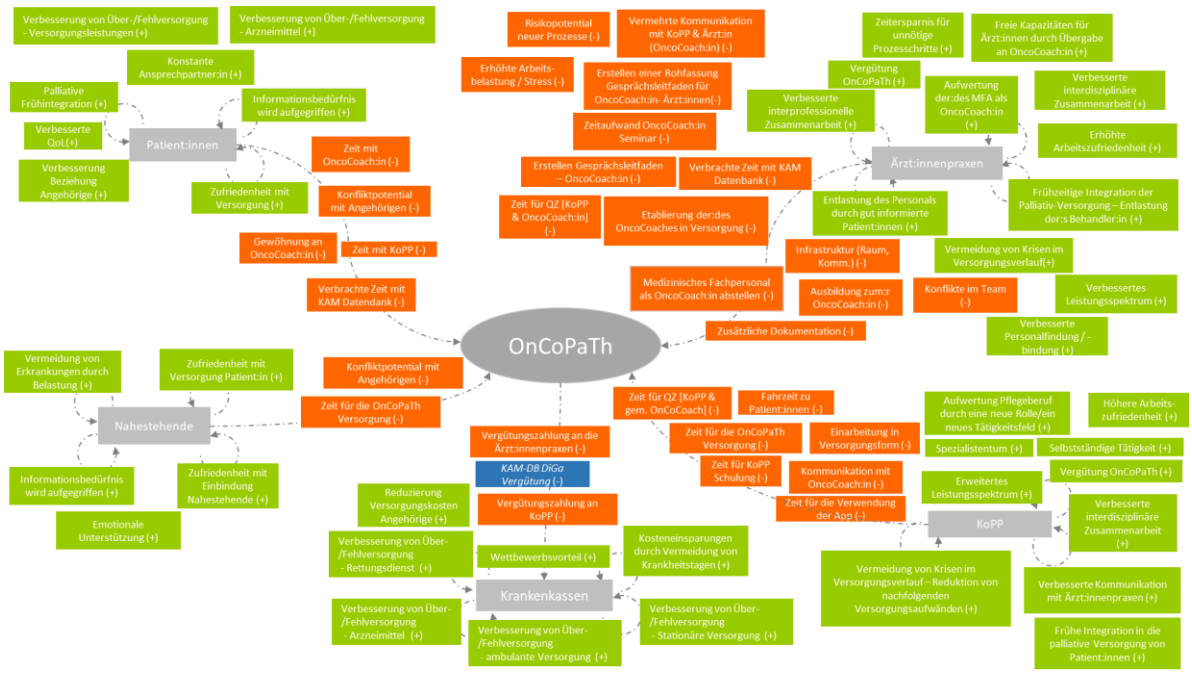


Abbildung 188 Stakeholder und Indikatoren Modell für die OnCoPaT- Intervention

Als Kostenfaktoren für die Patient*innen wurden die Zeit mit OncoCoach*in sowie mit den KoPP identifiziert. Zusätzlich wurden eine Gewöhnung an die OncoCoach*in, die Zeit mit der KAM-Datenbank sowie ein mögliches Konfliktpotenzial mit den Angehörigen als Kosten erwartet. Auf der Nutzenseite wurden eine Verbesserung von Über-/Fehlversorgung hinsichtlich ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen sowie hinsichtlich Arzneimittelverordnungen, eine konstante Ansprechperson, palliative Frühintegration, das Aufgreifen von Informationsbedürfnissen der Patient*innen, Zufriedenheit mit der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Versorgung, eine verbesserte Quality of Life (QoL) sowie eine verbesserte Beziehung mit den Angehörigen erwartet. Eine gegenläufige Erwartungshaltung hinsichtlich Kosten- oder Nutzenfaktoren, wie sie hier mit Konflikt im Gegensatz zu verbesserter Beziehung zu Angehörigen vorliegt, ist dabei sowohl im apriorischen Modell als auch später in der Empirie möglich. Dies kann beispielsweise dann auftreten, wenn der entsprechende Effekt bei Subgruppen stark unterschiedlich ausgeprägt ist.

Auf Seiten der onkologischen Praxen als Organisation und dem dort tätigen Personal (Ärzt*innen, OncoCoaches) wurden kostenseitig ein Risikopotenzial neuer Prozesse, erhöhte Arbeitsbelastung/Stress, vermehrte Kommunikation mit der KoPP sowie den Ärzt*innen seitens der OncoCoach*in, die Erstellung einer Rohfassung des Gesprächsleitfaden für OncoCoach*in seitens der Ärzt*innen und der OncoCoach*in, der Zeitaufwand für das OncoCoach-Seminar, die Zeit mit der KAM-Datenbank, Zeit für Qualitätszirkel zwischen KoPP und OncoCoach*in, Etablierung der*des OncoCoach*in in die Versorgung, Infrastruktur, medizinisches Fachpersonal als OncoCoach*in abstellen, die Ausbildung zum*r OncoCoach*in, Konflikte im Team sowie zusätzliche Dokumentation erwartet. Den Kosten entgegen stehen Zeitersparnisse für unnötige Prozessschritte, freie Kapazitäten der Ärzt*innen durch Übergabe von Aufgaben an OncoCoach*in, Vergütung für die neue Versorgungsform OnCoPaTh, verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit, Aufwertung der*des MFA als OncoCoach*in, erhöhte Arbeitszufriedenheit, frühzeitige Integration in die Palliativversorgung (daraus resultierende Entlastung der*des Behandler*in), Entlastung des Personals durch gut informierte Patient*innen, Vermeidung von Krisen im Versorgungsverlauf, ein verbessertes Leistungsspektrum sowie eine verbesserte Personalfindung/-bindung.

Als Nutzen für die KoPP wurden die Aufwertung des Pflegeberufs durch eine neue Rolle/ein neues Tätigkeitsfeld, höhere Arbeitszufriedenheit, Spezialistentum, selbstständige Tätigkeit, die Vergütung durch OnCoPaTh, ein erweitertes Leistungsspektrum, verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit, Vermeidung von Krisen im Versorgungsverlauf und damit die Reduktion von nachfolgenden Versorgungsaufwänden, eine verbesserte Kommunikation mit Ärzt*innenpraxen sowie die frühe Integration in die palliative Versorgung von Patient*innen herausgestellt. Fahrzeiten zu Patient*innen, Zeit für Qualitätszirkel (KoPP und OncoCoach*in), Zeit für die OnCoPaTh-Versorgung, Zeit für die KoPP-Schulung, Einarbeitung in die neue Versorgungsform, Kommunikation mit OncoCoach*in sowie die Zeit für die Verwendung der App stehen dem als Kosten entgegen.

Potenzielle Kostenfaktoren für die Krankenkasse sind die Vergütungszahlungen an die KoPP sowie die Vergütungszahlungen an die Ärzt*innenpraxen. Dem gegenüber stehen die Reduktion von Versorgungskosten von Angehörigen, Kosteneinsparungen durch Vermeidung von Krankheitstagen und die Verbesserung von Über-/Fehlversorgung von Rettungsdiensten, Arzneimitteln, ambulanter Versorgung sowie der stationären Versorgung. Für die KAM-DB DiGa Vergütung ist unsicher, ob es sich um ein Kosten- oder Nutzenfaktor für die Krankenkassen handelt.

Für die Nahestehenden wurden die Zufriedenheit mit der Versorgung von Patient*innen, die Vermeidung von Erkrankung durch Belastung, der Aufgriff des Informationsbedürfnisses, die emotionale Unterstützung sowie die Zufriedenheit mit der Einbindung als Nutzenfaktoren identifiziert. Ein erhöhtes Konfliktpotenzial mit den Angehörigen sowie die Zeit für die OnCoPaTh-Versorgung stehen dem gegenüber.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.4.2 Datenerfassung & Modellierung

Auf Grundlage des Modells wurden die Indikatoren für die *Datenerfassung* definiert und im Softwaretool ASSIST angelegt. Daten für die einzelnen Indikatoren wurden dabei sowohl aus den unterschiedlichen Instrumenten der Evaluation zusammengetragen als auch direkt von Projektpartnern erfragt. Für Modellierungsannahmen wurde zusätzlich Literatur hinzugezogen.

Die finalen, der Modellierung zugrunde liegenden Kosten- und Nutzenindikatoren sind in Tabelle 181 dargestellt, jeweils mit Angabe ihrer Datenquelle.

Tabelle 181 Kosten- und Nutzenindikatoren SEIA und verwendete Datenquellen

Zielindikator	Kosten/Nutzen	Datenquelle
Patient*innen		
Mit KoPP verbrachte Zeit je Konsultation	Kosten	eCRF
Mit OnCoCoach*in verbrachte Zeit je Konsultation	Kosten	eCRF
Aufgriff des Informationsbedürfnisses	Nutzen	Fragebogen Patient*innen
Verbesserte Quality of Life	Nutzen	Fragebogen Patient*innen
Zufriedenheit mit der Versorgung	Nutzen	Fragebogen Patient*innen
Palliative Frühintegration	Nutzen	Fragebogen Schlüsselpersonen
Konstante Ansprechperson während der Versorgung	Nutzen	Fragebogen Gesundheitspersonal
Onkologische Praxis		
Eingesparte Zeit mit der Versorgung von Patient*innen für Ärzt*innen pro Fall	Nutzen	Fragebogen Schlüsselpersonen
Zufriedenheit mit der Versorgung der Patient*innen	Nutzen	Fragebogen Gesundheitspersonal
Ausbildung zum OncoCoach	Kosten	AKS
Zeitaufwand für die Ausbildung zum OncoCoach	Kosten	AKS
Infrastruktur	Kosten	AKS
MFA als OncoCoach*in abstellen	Kosten	eCRF
Erstellen einer Rohfassung Gesprächsleitfaden für OncoCoach*in durch Ärzt*innen je Fall	Kosten	Fragebogen Schlüsselpersonen
Erstellung eines Gesprächleitfadens durch OncoCoach je Fall	Kosten	Fragebogen Schlüsselpersonen
Konflikte im Team	Kosten	Fragebogen Schlüsselpersonen, Fragebogen OncoCoaches
Erhöhte Arbeitsbelastung für OncoCoach	Kosten	Fragebogen Schlüsselpersonen
Zeit für Qualitätszirkel zwischen KoPP und OncoCoach pro Fall	Kosten	eCRF

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Mit der OnCoPaTh-Versorgung verbrachte Zeit	Kosten	eCRF
Einarbeitung in die neue Versorgungsform	Kosten	Expert*inneninterviews
KoPP		
Vergütungszahlungen	Nutzen	Modellierung auf Basis von Zeitmessungen, eCRF
Aufwertung des Pflegeberufs durch eine neue Rolle/ein neues Tätigkeitsfeld	Nutzen	Fragebogen KoPP
Erhöhte Arbeitszufriedenheit	Nutzen	Fragebogen KoPP
Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Praxen	Nutzen	Fragebogen KoPP
Spezialistentum	Nutzen	Fragebogen KoPP
Selbstständigkeit	Nutzen	Fragebogen KoPP
Erweitertes Leistungsspektrum	Nutzen	Fragebogen KoPP
Zeit für die OnCoPaTh-Versorgung je Fall	Kosten	eCRF
Zeit für die KoPP-Schulung	Kosten	AKS
Einarbeitung in die neue Versorgungsform	Kosten	Fragebogen KoPP
Fahrzeit zu Patient*innen je Fall	Kosten	Fragebogen KoPP
Zeit für Qualitätszirkel zwischen KoPP und OncoCoach	Kosten	eCRF
Krankenkasse		
Vergütungszahlungen an KoPP	Kosten	Modellierung auf Basis von Zeitmessungen, eCRF

Im Projektverlauf wurden mehrere Indikatoren aus dem ursprünglichen Modell nicht weiterverfolgt bzw. auf Grundlage fehlender Daten nicht modelliert. Diese sind in Tabelle 182 aufgelistet, zusammen mit einer Begründung für ihren Ausschluss.

Tabelle 182 Von der SEIA-Modellierung nachträglich ausgeschlossene Indikatoren

Zielindikator	Kosten/Nutzen	Begründung
Patient*innen		
Verbesserung von Über-/Fehlversorgung - Versorgungsleistungen	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserung von Über-/Fehlversorgung - Arzneimittel	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserung Beziehung Angehörige	Nutzen	Nicht zutreffend, da die Angehörigen einen geringen Anteil an der nVF haben
Gewöhnung an OncoCoach*in	Kosten	Empirisch nicht nachgewiesen
Konfliktpotenzial mit Angehörigen	Kosten	Nicht zutreffend, da die Angehörigen einen geringen Anteil an der nVF haben

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Verbrachte Zeit mit KAM-Datendank	Kosten	Konnte nicht erhoben werden
Onkologische Praxis		
Vergütung OnCoPaTh	Nutzen	Nicht zutreffend, da keine Vergütung geplant ist
Aufwertung der*des MFA als OncoCoach*in	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Entlastung des Personals durch gut informierte Patient*innen	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Vermeidung von Krisen im Versorgungsverlauf	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbessertes Leistungsspektrum	Nutzen	Konnte nicht erhoben werden
Verbesserte Personalfindung / -bindung	Nutzen	Konnte nicht erhoben werden
Verbrachte Zeit mit KAM-Datenbank	Kosten	Konnte nicht erhoben werden
Risikopotenzial neuer Prozesse	Kosten	Empirisch nicht nachgewiesen
KoPP		
Zeit für die Verwendung der App	Kosten	Konnte nicht erhoben werden
Vermeidung von Krisen im Versorgungsverlauf – Reduktion von nachfolgenden Versorgungsaufwänden	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserte Kommunikation mit Ärzt*innenpraxen	Nutzen	Nicht zutreffend, da es ein neues Berufsbild ist
Frühe Integration in die palliative Versorgung von Patient*innen	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Krankenkasse		
Reduzierung Versorgungskosten Angehörige	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserung von Über-/Fehlversorgung - Rettungsdienst	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Wettbewerbsvorteil	Nutzen	Nicht zutreffend, da kein Selektivvertrag besteht
Kosteneinsparungen durch Vermeidung von Krankheitstagen	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserung von Über-/Fehlversorgung - Arzneimittel	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Verbesserung von Über-/Fehlversorgung - ambulante Versorgung	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Verbesserung von Über-/Fehlversorgung - Stationäre Versorgung	Nutzen	Empirisch nicht nachgewiesen
Vergütungszahlung an die Ärzt*innenpraxen	Kosten	Nicht zutreffend, da keine zusätzliche Vergütung an onkologische Praxen geplant ist
KAM-DB DiGa Vergütung	Unklar	Empirisch nicht nachgewiesen
Angehörige		
Zufriedenheit mit Versorgung Patient*in	Nutzen	Nicht zutreffend, da Angehörige einen geringen Anteil an der nVF haben
Vermeidung von Erkrankungen durch Belastung	Nutzen	
Informationsbedürfnis wird aufgegriffen	Nutzen	
Zufriedenheit mit Einbindung Nahestehende	Nutzen	
Emotionale Unterstützung	Nutzen	
Konfliktpotenzial mit Angehörigen	Kosten	
Zeit für die OnCoPaTh-Versorgung	Kosten	

Die *Modellierung* für das SEIA bezieht zwei verschiedene Zeiträume ein. Der erste Zeitraum entspricht der Studienphase im Rahmen des Innovationsfondsprojekts von Oktober 2021 bis Dezember 2022. Die für diesen Modellteil verwendeten Daten entsprechen im Wesentlichen den in der Studie empirisch erhobenen Daten, ohne modifizierende Annahmen. In diesem Zeitraum wurden die Fallzahlen der Patient*innen gemäß des Einschlusses in die Studie in die Modellierung aufgenommen. Die Patient*innen bleiben in dieser Phase rund 7 Monate in der Versorgung. Auf Seiten der Versorgenden wurden weitestgehend die Zahlen der tatsächlich in der Studie aktiven OncoCoaches (OC) sowie KoPP verwendet. Zum Teil ließen sich Personalfluktuationen aus den vorhandenen Aufzeichnungen nicht mehr vollständig rekonstruieren. Dabei wurden zu Beginn 39 onkologische Praxen, 79 OC sowie 46 KoPP einbezogen. Die Zahl der Praxen verändert sich nicht im Zeitverlauf. OC wurden mit einem Ausscheiden von 4 je Quartal modelliert. Im Juli 2022 wurden insgesamt 9 neue OC in die Studie eingeschlossen. Für die KoPP bleibt die Zahl der aktiven bis Juni 2022 konstant. Im Juni 2022 werden 3 zusätzliche KoPP eingeschlossen, danach folgt ein Ausschluss von insgesamt 10 zwischen Juli 2022 und Oktober 2022.

Der zweite modellierte Zeitraum bildet eine schrittweise Translation des neuen Versorgungsmodells in die Regelversorgung in der Zeit nach Abschluss des Innovationsprojekts ab. Diese baut in den Kernindikatoren (wie z.B. dem Arbeitsaufwand in den onkologischen Praxen oder dem wahrgenommenen Nutzen der Patient*innen) weiterhin auf den Daten der Studie auf. An anderen Stellen werden aber verstärkt Annahmen zugrunde gelegt, was beispielsweise eine zunehmende Gewöhnung des Versorgungspersonals an Prozesse oder auch Vergütungen angeht. Patientenseitig folgt die Modellierung der Regelversorgung einem iterativen Einschlussmodell auf Basis von Patientenpotenzialen. Es wird davon ausgegangen, dass der Betrieb der Intervention bundesweit ausgeweitet wird. Die Grundlage bilden die durchschnittlichen Neuerkrankungen von Patient*innen mit metastasierenden soliden Tumoren (Arndt & Kraywinkel, 2023; Luyendijk et al., 2023). Dies sind im Schnitt je Monat 6133,83 Patient*innen (ebd.). Angenommen wird ein potenzieller

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einschluss von zu Beginn 10% und zum Ende 64% aller Potenzialpatient*innen. Auf Basis der durchschnittlichen Überlebenszeit in Monaten von Patient*innen mit metastasierten Tumoren wurde angenommen, dass die Patient*innen 6,9 Monate in der Versorgung bleiben (Luyendijk et al., 2023). Weiterhin wurde davon ausgegangen, dass 27% der Patient*innen 3 Monate vor dem Versterben in die Versorgung eines SAPV-Teams wechseln und damit nicht weiter im Modell OnCoPaTh versorgt werden (Ditscheid et al., 2020). Insgesamt ergibt sich daraus eine durchschnittliche individuelle Verweildauer von 6,7 Monaten in der OnCoPaTh-Versorgung.

Die Modellierung der Patient*innen bildet die Grundlage für die eingeschlossenen Versorgenden in den onkologischen Praxen sowie bei den KoPP. Dabei wird angenommen, dass ein*e Onkolog*in 171,66 Patient*innen mit Krebserkrankung im Durchschnitt je Monat versorgt (WINHO GmbH, 2020). Expert*inneninterviews haben einen Bedarf von ungefähr 0,32 Vollzeitstellen OncoCoach*in je Onkolog*in in Vollzeitstelle ergeben. Es wird angenommen, dass alle 6 Monate 0,32 Vollzeitstellen OncoCoach*in die Praxis verlassen. Dies spiegelt Fluktuation aufgrund von Kündigung, Elternzeit oder längerer Erkrankung wider. Die Modellierung der KoPP ist analog zu der Planung der OC erstellt.

Wie eingangs beschrieben handelt es sich bei der KoPP (konsiliartätige Palliativpflegefachpersonen) um ein Berufsprofil, dass für OnCoPaTh entwickelt und momentan weder als Ausbildung generell definiert, noch als Vergütung im Rahmen des SGB V vorgesehen ist. Im Verlauf des Innovationsfonds-Projekts wurden die Kosten für den Einsatz der KoPP als Versorgungsleistungen aus dem Förderbudget bezahlt. Für die Modellierung des Einsatzes der KoPP in der späteren Regelversorgung wurde auf Grundlage der empirischen Daten aus der Studie und mit Unterstützung der Konsortialpartner SAPV Verband Hessen sowie AKS ein neues Vergütungsmodell entwickelt. Dieses basiert auf dem bestehenden Modell für die Vergütung von Hebammenleistungen (GKV-Spitzenverband, 2019). Damit würden die KoPP als ein neuer Berufsstand gebildet, der selbstständig arbeitet und von den Krankenkassen für entsprechende Leistungen vergütet wird. Die Aufteilung und Definition der Abrechnungsziffern entsprechen insoweit denen der Hebammen, als diese auch im Kontext einer palliativen Versorgung Sinn machen. Zugrunde liegen die empirisch gemessenen Zeitaufwände für die verschiedenen Teile der Versorgung, wie sie sich im Verlauf der Studie zeigten. Zusätzlich zur Kostendeckung wurden Annahmen zu den Gemeinkosten bei selbstständiger Tätigkeit sowie zur Gewinnerwartung einbezogen.

Daraus ergeben sich im Einzelnen:

- Eine Vergütung von 76,62€ je Fall für die Basiserhebung und das Vorgespräch
- Für Beratungsgespräche werden 41,32€ pro Stunde bezahlt. Angenommen werden auf Basis der Projektergebnisse 5,42 Gespräche je 6 Monate mit einer durchschnittlichen Dauer von 30 Minuten.
- Ein Krisengespräch von einer Stunde für 41,32€ wird zusätzlich vergütet.
- Als Gemeinkostenrate wurden 40% angenommen, gerechnet auf die Personalkosten.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.4.3 Ergebnisse

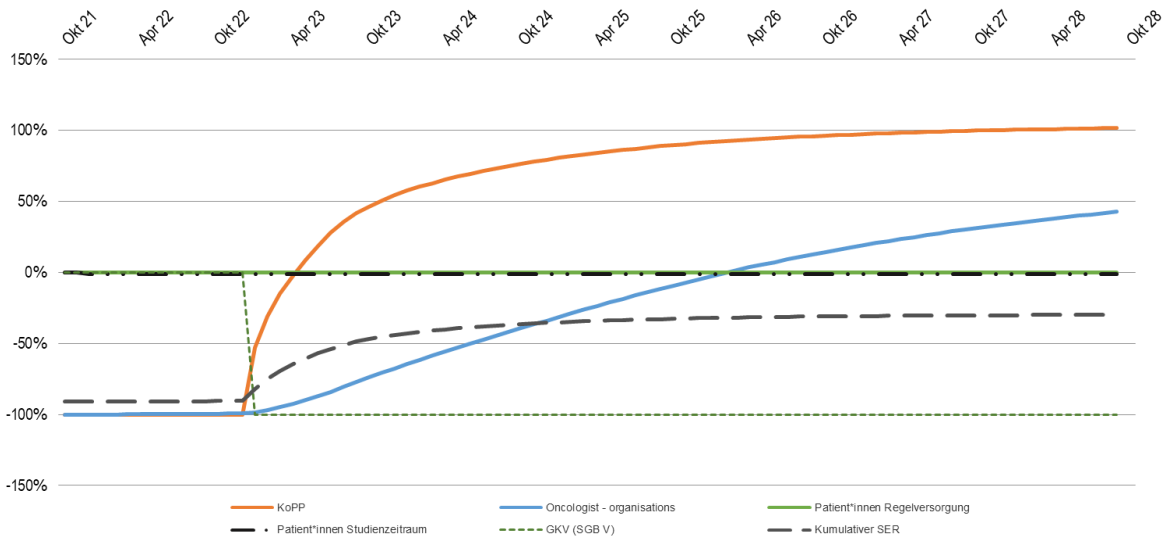


Abbildung 189: Ergebnisse des Modells des SEIA für OnCoPaTh

Gesamtmodell

Abbildung 189 zeigt den sozioökonomischen Ertrag für das Gesamtmodell sowie für die einzelnen Akteur*innen. Der SER entspricht dem Verhältnis der Kosten und Nutzen für die jeweilige Periode, so dass ein negativer Wert entsprechend höhere Kosten als Nutzen und ein positiver Wert höhere Nutzen als Kosten abbildet. Eingeschlossen sind finanzielle, zeitbezogene und immaterielle Kosten und Nutzen für alle modellierten Akteure. Die Grafik zeigt in der grauen, gestrichelten Kurve den kumulativen sozioökonomischen Ertrag (kumulativer SER) für das gesamte Versorgungsmodell über die Zeit. Die unterschiedlichen farbigen Linien geben den kumulativen SER der einzelnen Akteur*innen wieder, basierend auf deren jeweiligen Kosten und Nutzen. Dabei entspricht der Gesamt-SER der Summe aller Kosten und Nutzen über alle Akteur*innen hinweg. Der Gesamt-SER kann damit als das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Versorgungsmodells aus gesellschaftlicher Perspektive gelesen werden.

Der sozioökonomische Ertrag liegt in der Studienphase (erster Zeitraum) konstant bei -91%. Ab Beginn der Modellierung der Regelversorgung (zweiter Zeitraum) steigt er an und erreicht nach etwa einem Jahr ein Niveau von -41%, welches dann nur noch leicht ansteigt bis -30% zum Modellende im September 2028. Dies bedeutet, dass die Gesamtkosten des Versorgungsmodells durchgängig höher sind, als der Gesamtnutzen. Hierfür gibt es mehrere Gründe, die unter den betreffenden Akteur*innen im Folgenden genauer beschrieben werden.

Der niedrige SER während der Studienphase ist erstens auf die Rüstkosten für die Implementierung der nVF (Entwicklung der Versorgungsprozesse, Entwicklung von Schulungsmaterial, Schulung der Beteiligten, erhöhter Aufwand durch Eingewöhnung), zweitens auf das Fehlen entsprechender Leistungsvergütungen und drittens auf die niedrige Zahl der eingeschlossenen Patient*innen angesichts mehrerer stark auf Skalierung ausgerichteter Nutzenfaktoren zurückzuführen. Es ist wichtig zu bemerken, dass die Fördermittel des Innovationsfonds in diesem Modell nicht berücksichtigt wurden, um den faktischen Rüstaufwand sowie den operativen Aufwand der Leistungserbringung darstellen zu

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

können. Entsprechend sind rein dem Innovationsfondsprojekt zuzurechnende Aufwände (beispielsweise für Berichtspflichten) kostenseitig ebenfalls nicht berücksichtigt.

Der niedrige SER während der modellierten Translation ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass das Modell keine gesundheitsökonomischen Effekte zugunsten der Krankenkassen enthält. Diese wurden zwar für das ursprüngliche Kosten-Nutzen-Modell in der Form von vermiedenen Krankenhauseinweisungen und eingesparten Arzneimittelkosten angenommen, konnten empirisch in der Studie aber nicht nachgewiesen werden, da die Fallzahl coronabedingt deutlich hinter der laut Powerkalkulation benötigten zurückblieb. Damit entstehen den gesetzlichen Krankenversicherungen zwar zusätzliche Kosten für die neu eingeführte KoPP-Versorgung, diese bleiben aber unmittelbar ungedeckt. Ebenso gibt es keine Kompensation der Aufwände auf Ebene der onkologischen Praxen, da hier ebenfalls keine Vergütung in der Regelversorgung existiert und entsprechend nicht angenommen wurde.

Einzelne Akteur*innen

Für die *onkologischen Praxen* zeigt sich zu Beginn der Regelversorgung bzw. des Roll-Outs ein zunehmender positiver Ertrag. Ungefähr 1,5 Jahre nach Etablierung in der Regelversorgung (November 2025) gelangt der SER für onkologische Praxen in den positiven Bereich und beginnt zum Ende des Modellierungszeitraums in Richtung eines Ertrags von 50% abzuflachen. Maßgeblich für dieses Ergebnis ist die Delegation von Leistungen von Onkolog*innen an OncoCoaches unter den Bedingungen von deutlich höheren Patientenzahlen als in der Studie. Hierdurch werden Skalierungseffekte insb. mit Bezug auf die Rüstkosten erreicht. Die folgenden Zeitangaben beziehen sich auf die Modellierung der Versorgung in der Regelversorgung. Alle Angaben werden mit einer Unsicherheit von 50% in die Modellierung einbezogen. In die Modellierung einbezogen wurde eine Eingewöhnungszeit von einem halben Monat für Onkolog*innen sowie einem Monat für die OC. In dieser Zeit verbringen Onkolog*innen durchschnittlich 5 Minuten mehr am Tag mit der neuen Versorgungsform, OCs durchschnittlich knapp 23 Minuten mehr. Die Fortbildung kostet aktuell 1.900€ und dauert 8 Stunden je OC. Bei durchschnittlich 50% der Konsultationen benötigen die Onkolog*innen 4 Minuten mehr für die Vorbereitung des OncoCoaching. Zweimal im Jahr je Patient*in werden insgesamt 2 Minuten für zusätzliche Gespräche mit Onkolog*innen sowie für Weiterleitungen an KoPP angenommen. Knapp 13 Minuten dauert ein durchschnittliches Gespräch der OC mit Patient*innen, wobei 9 Gespräche im Jahr durchschnittlich durchgeführt werden. Bei den freigesetzten Ressourcen haben die Befragungen eine durchschnittliche Entlastung je Patient*in von knapp 15 Minuten ergeben, wobei dies bei 50% der Fälle auftritt. Für die Regelversorgung wird eine Zeitersparnis bei 10 Konsultationen im Jahr je 3 Minuten angenommen. Die aus den Projektergebnissen abzuleitende Zufriedenheit der OCs mit der Versorgungsform hat einen positiven Beitrag zum SER.

Die *KoPP* als Organisation erreicht ungefähr 6 Monate nach Beginn der modellierten Regelversorgung (Mai 2023) einen positiven SER, der sich zum Ende des Modellierungszeitraums einer Rate von 100% annähert. Maßgeblich hierfür ist die angenommene Vergütung für die Leistungen, wie oben beschrieben. Basierend auf 222.244 Patient*innen, die im Regelversorgungsmodell eingeschlossen wurden und 448 Studienteilnehmenden, beläuft sich die mittlere Vergütung pro Kopf auf knapp 185€. Kostenseitig stehen dem die Aufwände für die Versorgung der Patient*innen entgegen. Hier wird einmal eine durchschnittliche Dauer von 5 Minuten mit 5 Konsultationen mit den OC je Patient*in angenommen. Für die direkte Versorgung der Patient*innen werden 25 Minuten

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

mit 5 Terminen je Patient*in angenommen. Die Projektergebnisse zeigen keine vollständige Zufriedenheit mit der nVF, was im Modell zu zusätzlichen Kosten führt. Diese werden jedoch durch die finanziellen Vergütungen im Modell ausgeglichen.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben in der Studienphase weder Kosten noch Nutzen. In der hier modellierten Regelversorgung erfolgt die Vergütung der Leistungen der KoPP aus dem SGB V, ohne dass Erträge durch reduzierte Krankenhauseinweisungen oder Arzneimittelverordnungen angenommen werden konnten, da sich hierzu keine belastbaren Erkenntnisse in der Studie ergaben. Dies führt zum durchgängigen SER von -100%.

Für die Patient*innen liegt der SER durchgängig bei 0%, entsprechend einem Ausgleich der Kosten durch den Nutzen. Auf der Kostenseite ist von einem zeitlichen Aufwand sowohl durch die Gewöhnung an die neue Versorgungsform als auch durch die Gespräche mit den OC auszugehen. Dem steht als unmittelbarer immaterieller Nutzen die Zufriedenheit mit der Versorgung entgegen. Aus den Befragungen während der Studie ergab sich, dass diese im Mittel als moderat gut bewertet wurde, was im Modell als Ausgleich der Kosten abgebildet ist, nicht jedoch als Zusatznutzen über die Kosten hinaus.

Ausschnitt Gesamtmodell

Abbildung 190 zeigt die Entwicklung des Gesamt-SER für OnCoPaTh, wobei allerdings die KoPP mit ihren Leistungen und der dazugehörigen Vergütung nicht einbezogen wurden. Ab November 2025 liegt der SER im positiven Bereich. Diese Betrachtung ist wichtig, da die Zahlung der GKV an die KoPP ohne zusätzliche finanzielle Einnahmen seitens der GKV ein negatives Bild der Versorgungsform zeichnet. Potenziale, die in der zusätzlichen Versorgung von Patient*innen durch die KoPP liegen, können nicht ausreichend abgebildet werden.

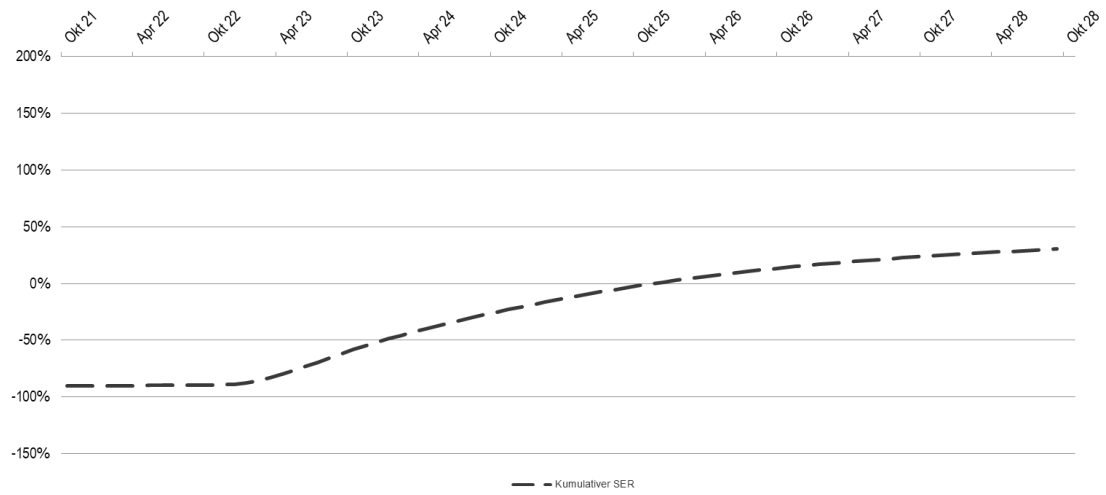


Abbildung 190: Ergebnisse des Modells des SEIA für OnCoPaTh ohne Einbezug GKV und KoPP

Sensitivitätsanalyse

Zusätzlich abgebildet sind die Ergebnisse einer Sensitivitätsanalyse. Hierfür wurden die Daten zu den Kosten- und Nutzeneffekten im Rahmen entweder ihrer Standardabweichungen (vorliegend für die aus der Evaluation verwendeten Parameter) oder einer angenommenen Unsicherheit (basierend auf der Datenquelle) zufällig variiert und für eine Monte Carlo Simulation mit 1.000 Ziehungen verwendet. In der Darstellung entspricht dabei das 50% Quantil (gelbe Linie) dem unmodifizierten SER. Das 5 % Quantil (rote Linie) beruht auf

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ziehungen mit Effekten unter dem Durchschnitt, das 95 % Quantil (grüne Linie) mit Effekten über dem Durchschnitt. Die grüne Linie stellt somit ein Modell unter günstigen Bedingungen von relativ geringen Kosten und relativ hohem Nutzen dar, die rote Linie ein entsprechend ungünstiges Modell.

Abbildung 191 zeigt die Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse für die nVF OnCoPaTh. Dabei wird deutlich, dass sich das Geschäftsmodell unter günstigen Bedingungen trotz der Finanzierung der KoPP durch die GKV der 0% Marke annähert. Final liegt das Modell bei -2%. Die Entwicklung des 50% Quantile zeigt in etwa die, die bereits diskutiert wurde. Dabei ist ein finaler SER von 26% zu verzeichnen. Unter den ungünstigsten Bedingungen (rote Linie) ist ein SER von 41% sichtbar.

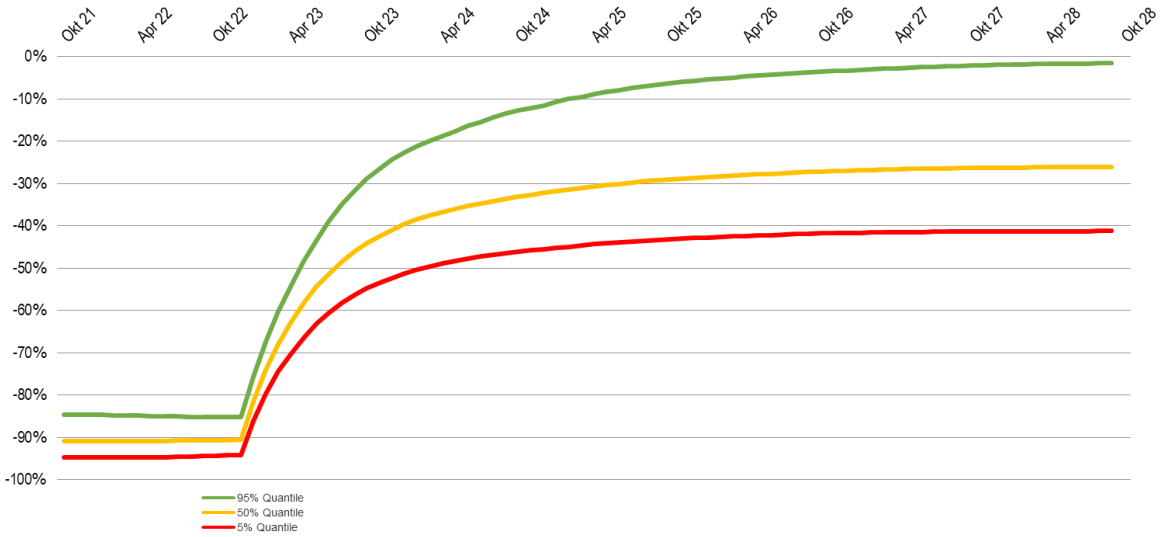


Abbildung 191: Ergebnisse des Monte Carlo des SEIA für OnCoPaTh

4 Diskussion der Projektergebnisse

4.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

4.1.1 Wirksamkeit – Effektivität

4.1.1.1 Fragestellung 1 – Routinedatenanalyse

Im Rahmen der Wirksamkeitsanalyse wurde als primärer Endpunkt untersucht, ob OnCoPaTh zu einer Senkung von stationären Aufenthalten von Patient*innen mit metastasierten Tumoren führt. Die Ergebnisse der Tests auf Unterschiede zwischen der IG, VG I und VG II zeigen keinen statistisch signifikanten Effekt der nVF. Damit führte die unter den gegebenen Studienbedingungen implementierte Intervention nicht zu einer signifikanten Reduktion der Anzahl an Krankenhausaufenthalten von Patient*innen mit metastasierten Tumoren im Vergleich zur Regelversorgung. Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse bezüglich des Beobachtungszeitraumes mit dem Ende des Einschlussquartals beginnend zeigen ebenso keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Person. Der Effekt bezüglich der Wahl des Beobachtungszeitraumes kann somit als vernachlässigbar eingeschätzt werden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Rahmen der Routinedatenanalyse wurden die folgenden sekundären Endpunkte untersucht:

1. die Anzahl der Rettungsdiensttransporte (Interventionsziel: Verringerung der Notfallsituationen),
2. der Anteil palliativer Arzneimittel an der Gesamtmedikation eines*einer Patient*in (Interventionsziel: Steigerung Symptombehandlung, vermehrte frühzeitige Palliativbehandlung),
3. die Gesamttherapiekosten.

Die Analyse der Rettungsdiensttransporte, des Anteils an palliativen an allen relevanten Arzneimitteln und der Gesamttherapiekosten ergab ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der IG und den Vergleichsgruppen. Dementsprechend ist auch hier davon auszugehen, dass die Intervention unter den gegebenen Studienbedingungen keinen Effekt auf die Anzahl an Rettungsdiensttransporten, den Anteil palliativer Arzneimittel an der Gesamtmedikation und die Gesamttherapiekosten hatte.

Andere Studien zu Coachingprogrammen bei Krebs- oder anderen Erkrankungen sowie zur Einbindung palliativer Versorgungskonzepte in der Onkologie legen nahe, dass positive Effekte auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens prinzipiell erreichbar sind. Patel et al. (2022) berichten im Rahmen einer randomisierten Kontrollstudie zum Einsatz von Community Health Workers (CHW) bei Patient*innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung in den USA von solchen Effekten. Dort war das Hazard Ratio für die Nutzung jeglicher akuter Versorgungsleistungen bei 0,38 (95% KI: 0,19-0,76), das für Krankenhauseinweisungen bei 0,33 (0,11-1,04). Die zugrundeliegende Intervention der CHW ist dabei als intensiver anzusehen als die Maßnahmen im Rahmen von OnCoPaTh. Noort et al. (2023) konnten für ein Coachingprogramm für stark betroffene COPD-Patient*innen in den Niederlanden im Rahmen einer Prä-Post-Studie ebenfalls positive Effekte auf die Hospitalisierungsrate nachweisen (Reduzierung um 24%). Andere Studien konnten für unterschiedliche Formen palliativer Versorgung bei schwer Erkrankten teilweise positive Effekte auf Krankenhauseinweisungen zeigen (Higginson & Evans, 2010; May et al., 2018), auch wenn die Interventionen hier in der Regel umfassender waren und beispielsweise multiprofessionelle Palliativteams umfassten.

Vor diesem Hintergrund ist eine Ursache für die fehlende Signifikanz der Endpunkte zur Effektivität in der COVID-19-Pandemie und ihrer weitreichenden Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung zu sehen. Die Pandemie stellte eine außergewöhnliche externe Variable dar, die die Implementierung der Intervention auf mehreren Ebenen erheblich beeinflusste. Zunächst war die Arbeitsweise der beteiligten Zentren durch die Pandemie massiv beeinträchtigt, was von diesen auch fortwährend an das Studienteam kommuniziert wurde. Unklarheiten zu zu ergreifenden Schutzmaßnahmen, Krankheitsfälle beim Praxispersonal sowie Folgen der Pandemie für die Gesundheit der Patient*innen führten dazu, dass Zentren gar nicht oder nur in geringerem Umfang rekrutieren konnten. Auch die Durchführung der Intervention bei den Patient*innen war stark beeinträchtigt.

Diese Auswirkungen betrafen nicht ausschließlich das OnCoPaTh-Projekt, sondern das gesamte Gesundheitssystem. Die Pandemie führte zu Unterbrechungen der üblichen Versorgung in vielen Gesundheitseinrichtungen und setzte vulnerable Krebspatient*innen erheblichen Risiken aus (Jazieh et al., 2020; Rückher et al., 2022). So führte die Pandemie zu

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

einem Rückgang der Notaufnahmebesuche um 42% (Hartnett et al., 2020), was die Bewertung von Interventionen zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten sowie Rettungsdiensttransporten erschwerte. Im onkologischen Bereich zeigten sich besonders ausgeprägte Veränderungen im Nutzungsverhalten: Gynäko-onkologische Patientinnen suchten während der Pandemie deutlich seltener die Notaufnahme auf (Byrne et al., 2021), während die Nutzung onkologischer Notfallzentren unverändert blieb. Die Pandemie beeinflusste letztendlich das gesamte Spektrum der Krebsversorgung, einschließlich verzögerter Diagnosen, Behandlungen und Operationen, eingeschränkter Nachsorge und psychoonkologischer Versorgung sowie unterbrochener klinischer Studien (Arndt et al., 2022; Richards et al., 2020). So reduzierten sich die onkologischen Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2020 bis 2021 im Vergleich zu 2019 um bis zu 23 % (Rückher et al., 2022). Zum Beispiel wurden in Deutschland im Jahr 2020 10 % weniger Darmkrebsoperationen im Vergleich zum Jahr 2019 durchgeführt (Reinacher-Schick et al., 2023).

4.1.1.2 Fragestellung 2 – Primärdatenanalyse

Die OnCoPaTh-Studie untersuchte die Wirksamkeit einer komplexen interprofessionellen neuen Versorgungsform (nVF) mit OncoCoaching und früher palliativer Integration zur Reduzierung des aus Patientensicht unzureichend gedeckten Unterstützungs- und Informationsbedarfs. Eine statistisch signifikante Reduktion des Unterstützungsbedarfs konnte nicht nachgewiesen werden. Auch für die gewählten sekundären Endpunkte ließen sich keine Interventionseffekte belegen.

Die Studienpopulation umfasste 825 Patient*innen (VG I n = 377; C-RCT n = 448) aus 25 onkologischen Versorgungseinrichtungen, überwiegend aus Hessen und Nordrhein-Westfalen. Das mittlere Alter betrug 65 Jahre bei leichtem Frauenüberschuss, häufigste Tumorentitäten waren Lungen-, Kolorektal- und Mammakarzinome. Der funktionelle Status war überwiegend positiv (Grad 0-1), die Population mehrheitlich ambulant und selbstständig versorgt. Hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs zeigte sich bereits in der Baseline-Erhebung ein insgesamt niedriges Niveau bei gleichzeitig moderat eingeschränkter gesundheitsbezogener Lebensqualität.

Die angestrebte Zielgröße von 600 Patient*innen je Studienarm wurde nicht erreicht, was die statistische Power zur Detektion von Interventionseffekten limitierte. Die Drop-out-Quote lag erwartungsgemäß hoch (Gebert et al., 2021), hauptsächlich bedingt durch das Versterben der Patient*innen. Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung konnten im OnCoPaTh-Projekt hinsichtlich Alter und Tumorentitäten ähnliche Strukturen identifiziert werden (Zentrum für Krebsregisterdaten, 2023). Dabei stellen in den bevölkerungsbezogenen Daten Brust-, Lungen- und Kolorektalkarzinome die drei häufigsten Krebsarten dar (Zentrum für Krebsregisterdaten, 2023). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in OnCoPaTh ausschließlich Patient*innen mit fortgeschrittenen Erkrankungsstadien eingeschlossen wurden, während die Krebsregisterdaten überwiegend inzidente Fälle abbilden. Dies könnte erklären, warum in der Studienpopulation ein verhältnismäßig hoher Anteil von Lungenkarzinomen erfasst wurde, da bestimmte Formen des Lungenkrebses häufig erst in späten Stadien diagnostiziert werden. Das mediane Alter zum Zeitpunkt der Erstdiagnose betrug laut Bundesstatistik für das Jahr 2020 69 Jahre bei Frauen und 70 Jahre bei Männern. Die vorliegende Studienpopulation wies demgegenüber sowohl beim mittleren als auch beim medianen Erkrankungsalter geringfügig

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

niedrigere Werte auf (Zentrum für Krebsregisterdaten, 2023). Insgesamt ist die Vergleichbarkeit der Populationen nur bedingt möglich, was in der Diskussion zur Übertragbarkeit der Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Das Ausbleiben einer statistisch nachweisbaren Reduktion des Unterstützungsbedarfs kann neben der reduzierten Fallzahl auch mit der Implementierungstreue der neuen Versorgungsform zusammenhängen. Zudem wurden in allen Gruppen geringe Unterstützungsbedarfe, eine hohe Lebensqualität sowie eine hohe Versorgungszufriedenheit beobachtet, was auf eine bereits gute Versorgungsqualität in den Vergleichsgruppen hindeuten könnte. Die Ergebnisse der einzelnen Endpunkte werden in den nachfolgenden Abschnitten differenziert diskutiert.

4.1.1.2.1 Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G)

Die Analysen zeigen, dass der Unterstützungsbedarf der Patient*innen insgesamt niedrig ist und über den Beobachtungszeitraum tendenziell abnimmt. Medianwerte lagen zu allen Zeitpunkten unter 25 Punkten und damit im unteren Viertel der Skalen-Range, während die Spannweite der Gesamtscores auf eine gewisse Heterogenität innerhalb der Population hinweist. Über die Zeitpunkte T0 bis T6 ist eine Abnahme des Unterstützungsbedarfs von etwa 25 auf 15 Punkte zu beobachten, was auf eine allgemeine Verbesserung der Versorgungssituation z.B. durch OncoCoaches hinweisen könnte.

Zwischen den Interventions- und Vergleichsgruppen (IG vs. VG II bzw. C-RCT vs. VG I) zeigen die Analysen konsistent keine Unterschiede. Sowohl die ITT- als auch die PP-Analysen zeigen überwiegend überlappende Konfidenzintervalle und keine signifikanten Effekte der Intervention. Einzelne Tendenzen zugunsten der Intervention, wie z. B. bei T5 in der PP2-Analyse, sind isoliert und nicht stabil über die Zeitpunkte oder Modellvarianten hinweg. Kovariaten wie Alter und Geschlecht haben keinen eindeutigen Einfluss, und Unterschiede zwischen den Versorgungseinrichtungen erklären nur einen geringen Anteil der Varianz. Dies deutet darauf hin, dass die eingesetzten Interventionen in der untersuchten Form keinen messbaren Effekt auf den Unterstützungsbedarf ausübten. Der Ausgangswert zu T0 erwies sich hingegen in allen Modellen als stärkster Prädiktor für den Unterstützungsbedarf im Verlauf, was die Bedeutung der Baseline-Belastung für den weiteren Verlauf unterstreicht.

Internationale Studien zu Coachingprogrammen bei Krebspatient*innen deuten darauf hin, dass eine Reduktion des Unterstützungsbedarfs möglich ist. So zeigte eine randomisierte Studie, dass Tele-nursing während einer Chemotherapie den Unterstützungsbedarf signifikant senkte (Ebrahimabadi et al., 2021). Auch ein nurse-led Telefon-Support bei Brustkrebspatient*innen führte zu einer deutlichen Verringerung der berichteten Bedarfe in mehreren Domänen, insbesondere im psychologischen und informationsbezogenen Bereich (Javadi et al., 2019). Im Vergleich zum OnCoPaTh-Projekt waren die dort eingesetzten Interventionen zwar weniger intensiv, da eine palliative Komponente nicht vorgesehen war, jedoch richteten sich die Interventionen an Patient*innen in einer deutlich früheren Erkrankungsphase.

Im Abgleich mit der Literatur fallen Unterschiede zu den Baseline-Werten der deutschen Validierungsstudie der SCNS-SF34 auf (Lehmann et al., 2012). Während die Domänen „Psychologische Unterstützung“ und „Körperliche Aspekte & Alltag“ vergleichbare Werte aufwiesen, lagen die Werte in den Domänen „Gesundheitssystem & Information“,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

„Medizinische Behandlung“ und „Sexualität & Partnerschaft“ niedriger als in der Validierungsstudie. Dies könnte durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben erklärt werden: In der Validierungsstudie waren die Patient*innen jünger, häufiger in frühen Krankheitsstadien und weniger häufig an Lungen- oder kolorektalen Karzinomen erkrankt. Im OnCoPaTh-Projekt wurden ausschließlich Patient*innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung eingeschlossen, bei denen in der Regel keine Remission vorlag. Zum einen gibt es in der Literatur Hinweise darauf, dass der Unterstützungsbedarf bei Patient*innen ohne Remission insgesamt höher ausfällt (Boyes et al., 2009). Allerdings zeigen andere Studien mit Bezug zum Unterstützungsbedarf von Angehörigen, dass bei fortgeschrittenen Erkrankungsstadien ein geringerer Unterstützungsbedarf in spezifischen Domänen beobachtet werden, da zentrale Fragen zur Behandlung und Kommunikation oftmals bereits geklärt sind (Sklenarova et al., 2015). Zudem zeigen Studien, dass ältere Patient*innen (≥ 60 Jahre) tendenziell niedrigere Unterstützungsbedarfe in allen Domänen berichten (Lehmann et al., 2012), was auch für die hier untersuchte Population relevant sein dürfte.

Die interne Konsistenz der eingesetzten Skala (Cronbachs Alpha 0,97) weist auf eine hohe Reliabilität hin, sodass die Messung des Unterstützungsbedarfs als stabil einzuschätzen ist. Der Anteil fehlender Werte war zwar gering (<5 %), dennoch können fehlende Antworten Einfluss auf die Präzision der Ergebnisse haben.

Es ergaben sich zudem methodikrelevante Einschränkungen. Erstens basierte die Erhebung ausschließlich auf schriftlichen Fragebögen und Selbsteinschätzungen. Damit sind Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit, subjektive Einschätzungsunterschiede sowie die Gefahr einer selektiven Teilnahme verbunden. Zweitens kann nicht ausgeschlossen werden, dass Patient*innen mit besonders hohem Unterstützungsbedarf oder schwerer Krankheitslast unterrepräsentiert sind, da diese eher nicht an längeren schriftlichen Befragungen teilnehmen. Schließlich zeigte sich in einigen Modellen eine Überparametrisierung der Zufallsstrukturen, was die Interpretierbarkeit der Clustereffekte auf Einrichtungsebene einschränkt.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der Unterstützungsbedarf von Patient*innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau liegt und sich über den Beobachtungszeitraum eher stabil bis tendenziell rückläufig entwickelt. Zwischen Interventions- und Kontrollgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die neue Versorgungsform in beiden Gruppen (IG und VG II) in ähnlicher Weise implementiert wurde und damit vergleichbare Effekte erzielte. Zudem ist anzunehmen, dass Patient*innen in der VG I ihren Unterstützungsbedarf durch alternative Versorgungsstrategien oder vorhandene Strukturen decken konnten.

4.1.1.2.2 Unterstützungs- und Informationsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G)

Die Analysen zum Unterstützungsbedarf der Angehörigen zeigen, dass dieser insgesamt niedrig ist und sich im Verlauf tendenziell reduziert. Medianwerte der Gesamtscores lagen zu allen Zeitpunkten in beiden Gruppen (IG/VG II sowie C-RCT/VG I) unter 25 Punkten und damit im unteren Viertel der Skalen-Range. Sowohl in IG und VG II als auch in C-RCT und VG I nahm der Unterstützungsbedarf über die Zeit ab – von etwa 25 Punkten zu T0 auf 13–15 Punkte zu

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

T6. Dieses Muster entspricht dem Verlauf bei den Patient*innen und weist auf einen übergreifenden Trend eines sinkenden Unterstützungsbedarfs hin.

Bereits zu Baseline (T0) zeigte sich ein vergleichsweise niedriger Unterstützungsbedarf: Der Gesamtscore (SCNS-P&C-G) lag im Mittel bei 24,1 Punkten (SD = 24,2), mit ähnlichen Werten in den Vergleichsgruppen (25,1 in IG/VG II und 23,3 in C-RCT/VG I). In den Subskalen zeigte sich der höchste Bedarf im Bereich Gesundheitsversorgung und Information (M = 29,3; SD = 30,4) sowie im Bereich emotionale und psychische Bedürfnisse (M = 25,2; SD = 26,6). Geringere Werte wurden im Bereich Arbeit und soziale Sicherheit (M = 20,9; SD = 24,5) und besonders im Bereich Kommunikation und Familie (M = 12,5; SD = 21,9) berichtet. Damit folgt die Verteilung einem in der Literatur bekannten Muster, wonach insbesondere Versorgungs- und Informationsbedürfnisse sowie psychische Belastungen im Vordergrund stehen, während Kommunikations- und Familienaspekte tendenziell seltener angegeben werden.

Ein Gruppenunterschied ließ sich hingegen nicht nachweisen. Zwischen IG und VG II sowie zwischen C-RCT und VG I zeigten sich durchgängig überlappende Konfidenzintervalle und keine signifikanten Differenzen in den Mittelwerten. Auch die Regressionsanalysen bestätigen dieses Ergebnis: Nach Kontrolle für Ausgangswerte, Einrichtungsart sowie Alter und Geschlecht ergaben sich weder zu T1 noch zu T2 Unterschiede im Unterstützungsbedarf zwischen den Gruppen. Der Ausgangswert zu T0 erwies sich in allen Modellen als stärkster Prädiktor für den Unterstützungsbedarf im Verlauf, während Alter und Geschlecht keine konsistenten Effekte zeigten.

Die interne Konsistenz der Skala war mit Cronbachs Alpha von 0,97–0,98 sehr hoch, was die Reliabilität der Messung unterstreicht. Der Anteil fehlender Werte war mit unter 5 % (VG II/IG) bzw. 2 % (VG I/C-RCT) gering. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Erhebung auf Selbsteinschätzungen in schriftlicher Fragebogenform basiert. Damit sind Einschränkungen wie soziale Erwünschtheit, subjektive Verzerrungen oder selektive Teilnahme möglich.

Die hier beobachtete Verteilung des Unterstützungsbedarfs deckt sich mit Befunden aus den deutschen und australischen Validierungsstudien des SCNS-P&C, die ebenfalls die höchsten Bedarfe in den Domänen „Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung“ und „Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich“ berichten (Girgis et al., 2011; Sklenarova et al., 2015). Abweichungen lassen sich durch die Zusammensetzung der Stichprobe erklären, insbesondere durch den hohen Anteil an Patient*innen mit Lungenkrebs, bei denen sowohl Patient*innen als auch Angehörige in früheren Studien höhere ungedeckte Bedarfe aufwiesen (Sklenarova et al., 2015). Der vergleichsweise niedrige Bedarf in der Subskala „Kommunikation und Familie“ dürfte zudem darauf zurückzuführen sein, dass ausschließlich Patient*innen mit fortgeschrittener Erkrankung eingeschlossen wurden. In dieser Situation besteht häufig eine unausweichliche Notwendigkeit zur Abstimmung, während in früheren Krankheitsstadien größere Unsicherheiten und Konflikte berichtet werden (Sklenarova et al., 2015). Darüber hinaus legen Studien nahe, dass jüngere Angehörige (< 60 Jahre) tendenziell höhere Unterstützungsbedarfe erleben als ältere, was im Kontext der hier überwiegend älteren Angehörigen zur Erklärung der insgesamt niedrigen Werte beitragen könnte (Girgis et al., 2011; Osse et al., 2006).

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Unterstützungsbedarf der Angehörigen im Verlauf vergleichbar niedrig bleibt und sich ähnlich wie bei den Patient*innen reduziert,

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ohne dass sich signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen nachweisen lassen.

4.1.1.2.3 Ungeplante Ereignisse (Krankenhauseinweisung, Notaufnahme, Notdienst)

Die Ergebnisse zeigen, dass sich zwischen den Interventions- und Vergleichsgruppen weder für Krankenhausaufenthalte noch für Notaufnahme- oder Notdienstkontakte konsistente Unterschiede nachweisen lassen. In den ITT-Analysen wie auch in den Per-Protokoll-Populationen ergaben sich weitgehend vergleichbare Inzidenzraten, und die Regressionsanalysen bestätigten diese Befunde. Lediglich in einzelnen Subanalysen, etwa in der PP2-Population, deuteten sich leichte Unterschiede zugunsten der IG an, die jedoch statistisch nicht robust waren. Im Gegensatz dazu war in der C-RCT-Gruppe im Vergleich zur VG I ein Anstieg von Krankenhausaufenthalten erkennbar. Ein möglicher Grund für dieses Ergebnis könnte in den Rahmenbedingungen der COVID-19-Pandemie liegen: Während des Erhebungszeitraums bestand ein generelles Bestreben, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder hinauszuzögern, um das Infektionsrisiko zu reduzieren und die Klinikkapazitäten zu entlasten. Dies könnte dazu geführt haben, dass Patient*innen in der VG I tendenziell seltener hospitalisiert wurden, auch wenn medizinische Indikationen vorlagen. Dadurch wäre ein künstlich niedrigeres Ausgangsniveau an Krankenhausaufenthalten in der VG I entstanden, das im Vergleich zur C-RCT den Anschein negativer Interventionseffekte verstärkt haben dürfte. Darüber hinaus sind Gruppenunterschiede zur Baseline zu berücksichtigen. Zwar waren Alter und Geschlechterverteilung vergleichbar, doch zeigten sich Abweichungen in der Verteilung der Tumorentitäten und im Performance-Status, die die Vergleichbarkeit eingeschränkt und potenzielle Interventionseffekte überlagert haben könnten.

Internationale Studien zu Coachingprogrammen bei Krebs- und anderen chronischen Erkrankungen legen nahe, dass prinzipiell positive Effekte auf die Inanspruchnahme akuter Versorgungsleistungen erreichbar sind. So berichten Patel und Kollegen von einer deutlichen Reduktion ungeplanter Inanspruchnahmen durch den Einsatz von Community Health Workers bei Patient*innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung in den USA (Patel et al., 2022). Ergänzend weisen Studien auf positive Effekte spezialisierter Palliativversorgung hin, etwa durch multiprofessionelle Teams, die eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen erreichen können (Higginson & Evans, 2010; May et al., 2018). Im Vergleich hierzu blieben die im Rahmen von OnCoPaTh eingesetzten Maßnahmen ohne nachweisbare Wirkung auf die untersuchten Endpunkte. Eine Erklärung könnte in Unterschieden hinsichtlich der Intensität neuer Versorgungsformen liegen, da internationale Studien im Vergleich zu OnCoPaTh häufig intensivere Supportive Care Programme untersuchten.

Die Interpretation der Ergebnisse ist durch mehrere methodische Einschränkungen limitiert. Erstens beruhte die Erhebung ungeplanter Ereignisse (Krankenhausaufenthalte, Notaufnahme- und Notdienstkontakte) auf schriftlichen Selbstauskünften der Patient*innen. Solche Verfahren sind anfällig für Erinnerungsfehler und soziale Erwünschtheit, sodass Unter- oder Überschätzungen nicht ausgeschlossen werden können. Zweitens führte das Fehlen von Fragebogenrückläufen systematisch zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Inzidenz, da in diesen Fällen keine Ereignisse erfasst werden konnten. Drittens ist aufgrund des Studiendesigns von einer gewissen Heterogenität in der Umsetzung der Interventionen auszugehen. Unterschiedliche Einrichtungsarten (Kliniken, MVZ, Praxen) sowie regionale

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rahmenbedingungen könnten die Implementierung beeinflusst und Interventionseffekte verwässert haben. Schließlich weisen Hinweise auf Singularität und überparametrisierte Zufallsstrukturen in den Regressionsmodellen auf methodische Grenzen hin, die die Präzision der Schätzungen einschränken.

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse von OnCoPaTh darauf hin, dass die untersuchte Intervention keine konsistenten Effekte auf die Häufigkeit ungeplanter Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens hatte. Im Vergleich zur internationalen Evidenz, die unter spezifischen Bedingungen positive Resultate zeigen konnte, wird deutlich, dass die Effektivität stark von Intensität, Struktur und Kontextbedingungen der Intervention abhängt. Zukünftige Studien sollten prüfen, inwieweit stärker individualisierte, intensivere und kontinuierliche Unterstützungsprogramme – idealerweise mit klarem palliativem Fokus – geeignet sind, ungeplante Inanspruchnahmen bei Patient*innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung nachhaltig zu reduzieren.

4.1.1.2.4 Lebensqualität (EQ-5D-5L)

Die Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) zeigt über alle Erhebungszeitpunkte hinweg stabile Werte sowohl in der IG als auch in der VG II sowie im Vergleich zwischen der C-RCT und der VG I. Die inferenzstatistischen Gruppenvergleiche ergaben keine signifikanten Unterschiede. In den linearen Regressionsmodellen unter Berücksichtigung von Clustereffekten auf Einrichtungsebene, Einrichtungsart, Einzugsgebiet und Baseline-Lebensqualität zeigte sich weder zwischen IG und VG II noch zwischen C-RCT und VG I ein relevanter Effekt. Auch die Einbeziehung von Alter und Geschlecht veränderte die Ergebnisse nicht, was darauf hindeutet, dass diese Variablen in der vorliegenden Population keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hatten. Die Residualvarianz lag überwiegend auf der Patientenebene, während die Unterschiede zwischen den Einrichtungen gering waren, was die Homogenität der Versorgungseinrichtungen in Bezug auf diesen Endpunkt unterstreicht.

Zu beachten ist, dass die hohe Lebensqualität zur Baseline eine „Deckeneffekt“-Problematik nahelegt: Verbesserungen durch Interventionen lassen sich unter diesen Ausgangsbedingungen nur schwer nachweisen. Die Ergebnisse der ITT-Analysepopulation stimmen mit denen der Per-Protokoll-Populationen PP1 und PP2 überein, sodass die Befunde robust gegenüber verschiedenen Populationsdefinitionen erscheinen.

Insgesamt legen diese Ergebnisse nahe, dass die neue Versorgungsform sowie die Implementierungsstrategien keinen messbaren Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patient*innen mit fortgeschrittenem Krebs hatten.

Ähnlich hohe Werte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden auch in einer Studie mit Patient*innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen berichtet (Borchert et al., 2020; Chouaid et al., 2013). Gleichzeitig zeigte eine Studie, dass die Lebensqualität im Verlauf fortschreitender Erkrankungen tendenziell abnimmt (Chouaid et al., 2013). Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass die im OnCoPaTh-Projekt erhobenen Follow-up-Daten in überproportionalem Maße von Patient*innen mit einem weniger progressiven Krankheitsverlauf stammen. Diese Patient*innen könnten insgesamt einen geringeren Bedarf für die Intervention aufweisen, was sich möglicherweise in dem konstant niedrigen Unterstützungsbedarf widerspiegelt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.1.1.2.5 Koordination der Versorgung (CCI)

Die Analyse der Koordination der Versorgung zeigte in beiden Vergleichen (IG vs. VG II sowie C-RCT vs. VG I) stabile und über die Zeit weitgehend unveränderte Werte mit Medianen um 55 Punkte. Auffällig ist, dass sich zwischen den Interventions- und Vergleichsgruppen zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede abbilden ließen. Sowohl die univariaten Vergleiche als auch die multivariaten Regressionsanalysen, die potenzielle Einflussfaktoren wie Einrichtungstyp, Alter und Geschlecht berücksichtigten, zeigten keine relevanten Interventionseffekte.

Die Ausgangswerte lagen bereits zu T0 auf einem vergleichbaren Niveau zwischen den Gruppen und verharrten über den Beobachtungszeitraum hinweg ohne systematische Verbesserungen. Dieses Muster deutet darauf hin, dass weder die Intervention noch die Implementierungsstrategien einen messbaren zusätzlichen Effekt auf die Koordinationswahrnehmung hatten, obwohl die interne Konsistenz des Messinstruments mit Cronbachs Alpha-Werten über 0,85 eine gute Reliabilität bestätigte.

Im Vergleich zu den Publikationen von Okado et al. war der Gesamtscore der wahrgenommenen Versorgungskoordination vergleichbar (Okado et al., 2020a; Okado et al., 2021). Im Vergleich zur deutschen Validierungsstudie fielen die Gesamtscores in der OnCoPaTh-Studie höher aus (Werner et al., 2025). Während Okado et al. die Ergebnisse als positiv bewerteten, weisen Werner et al. darauf hin, dass aufgrund fehlender Cut-off-Werte keine Bewertung der Qualität der Versorgungskoordination möglich ist und zukünftige Studien die Qualität der mit der deutschen Version des CCI erzielten Werte untersuchen sollten. Diese Hinweise unterstreichen, dass die Interpretation der absoluten Werte der Koordination ohne etablierte Referenzwerte eingeschränkt ist, die vorliegenden Ergebnisse jedoch tendenziell positiv interpretiert werden können. Patienten-Empowerment (PEN-13)

Die Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) zeigen in beiden Gruppenvergleichen (IG vs. VG II sowie C-RCT vs. VG I) stabile Verläufe ohne signifikante Unterschiede. Auch die Regressionsanalysen unter Berücksichtigung potenzieller Einflussfaktoren wie Einrichtungstyp, Alter und Geschlecht bestätigten das Fehlen von Interventionseffekten.

Die absoluten Werte bewegten sich im unteren bis mittleren Bereich der Skala (Median 20–30 Punkte) und verdeutlichten ein moderates Empowerment. Parallel äußerten Patient*innen ein starkes Aufklärungsbedürfnis sowie hohe Präferenzen sowohl für Partizipation als auch für Paternalismus (siehe Abschnitt 3.2.1.2). Dieses Spannungsfeld deutet auf den Wunsch nach aktiver Einbindung bei gleichzeitiger Orientierung am ärztlichen Urteil hin.

Im Vergleich zur deutschen Validierungsstudie des PEN-13, in der ein Mittelwert von 52,12 (SD = 8,55) berichtet wurde, lagen die Gesamtscores in der vorliegenden Studienpopulation niedriger (Siegel et al., 2019, 2024). Allerdings unterschieden sich die Studienpopulationen: Nur 55,7 % der Teilnehmer*innen der Validierungsstudie gaben an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, wobei unklar bleibt, ob darunter auch Personen mit fortgeschrittener Erkrankung waren. Die Ergebnisse sind daher nur eingeschränkt vergleichbar.

Die Befunde legen nahe, dass Empowerment in dieser Patientengruppe durch strukturelle Faktoren wie Krankheitsprogression oder traditionelle Rollenbilder stärker begrenzt wird als durch das Fehlen zusätzlicher Unterstützungsangebote. Interventionen allein scheinen daher

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

nicht auszureichen; vielmehr sollten Maßnahmen stärker an individuellen Informations- und Partizipationspräferenzen ausgerichtet werden.

4.1.1.2.6 Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM)

Die Ergebnisse zeigen, dass die kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM) in beiden Gruppen über den Beobachtungszeitraum hinweg stabile positive Werte erreichte und sind mit den Mittelwerten der deutschen Validierungsstudie vergleichbar (Ernstmann et al., 2017). Damit deuten die Ergebnisse auf ein moderates bis gutes Ausmaß an Fähigkeiten hin, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen, kritisch zu hinterfragen und für Entscheidungen nutzbar zu machen. Der Anteil fehlender Werte war in beiden Gruppen sehr gering. Die interne Konsistenz der HL-COM-Skala ist sehr hoch (Cronbachs Alpha = 0,95).

Zwischen den IG und VG II zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Sowohl die Konfidenzintervalle der Mittelwerte als auch die Ergebnisse der Regressionsmodelle verdeutlichen, dass sich die kommunikative Gesundheitskompetenz zwischen den Gruppen nicht unterscheidet. Auch nach Adjustierung für potenzielle Einflussgrößen wie Alter, Geschlecht oder Einrichtungsart bleibt dieser Befund stabil. Die Ergebnisse deuten vielmehr darauf hin, dass die HL-COM-Werte in beiden Gruppen im Zeitverlauf konstant bleiben. Daraus lässt sich schließen, dass die Einführung der neuen Versorgungsform unter Berücksichtigung der Implementierungsstrategien keinen nachweisbaren Effekt auf die kommunikative Gesundheitskompetenz hatte.

Die fehlenden signifikanten Gruppenunterschiede können auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden: Einerseits weisen beide Gruppen ähnliche Ausgangsniveaus der HL-COM auf, sodass Verbesserungen durch die Intervention möglicherweise schwerer abbildbar sind. Andererseits bestand neben einem hohen Aufklärungsbedürfnis ein niedriger Unterstützungsbedarf im Bereich „Gesundheitssystem & Information“ zum Zeitpunkt T0, was dafür spricht, dass viele Patient*innen bereits über grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen verfügten. In Kombination mit moderatem Empowerment könnte dies bedeuten, dass die Intervention vor allem Patient*innen mit deutlich ausgeprägten Defiziten in der kommunikativen Gesundheitskompetenz stärker hätte adressieren müssen, um messbare Effekte zu erzielen.

4.1.1.2.7 Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)

Die Analyse der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Versorgung zeigte über alle untersuchten Gruppen und Zeitpunkte hinweg überwiegend hohe Werte. Sowohl Interventions- (IG / C-RCT) als auch Vergleichsgruppen (VG II / VG I) berichteten überwiegend „sehr zufrieden“ bis „eher zufrieden“ in Bezug auf Praxisorganisation, Informationen, Arzt-Patient-Interaktion, Fachkompetenz, Patientenbeteiligung, Vertrauen zum*zur Arzt*Ärztin und Behandlungsqualität.

Praxisorganisation: Die Medianwerte lagen über alle Zeitpunkte zwischen 1 und 1,5 (sehr bis eher zufrieden). Die Mittelwerte der IG und VG II sowie C-RCT und VG I zeigten stabile Werte um 1,5. Überschneidungen der 95%-Konfidenzintervalle zu allen Zeitpunkten verdeutlichen, dass keine bedeutenden Gruppenunterschiede vorliegen. Die interne Konsistenz der Skala (Cronbachs Alpha 0,77–0,79) ist akzeptabel. Insgesamt deutet dies darauf hin, dass die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Praxisorganisation von allen Gruppen als zufriedenstellend wahrgenommen wurde und die Intervention keine messbaren Effekte auf die Wahrnehmung hatte.

Informationen: Die Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen lag überwiegend zwischen 1 und 2 (sehr bis eher zufrieden), wobei Medianwerte in der IG tendenziell etwas höher lagen. Auch hier zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Skala weist eine sehr gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha 0,95). Die Daten deuten auf eine tendenziell stabile Zufriedenheit mit der Informationsvermittlung hin, mit geringfügiger Zunahme in der IG gegen Ende des Beobachtungszeitraums.

Arzt-Patient-Interaktion: Die Medianwerte lagen zwischen 1 und 1,5, wobei leichte Schwankungen in der IG beobachtet wurden, z. B. ein Anstieg zu T2/T4 und ein Rückgang zu T6. Überschneidungen der Konfidenzintervalle zeigen, dass Unterschiede zwischen IG und VG II oder C-RCT und VG I nicht bedeutsam waren. Die Skala wies mit Cronbachs Alpha 0,96–0,97 eine sehr gute interne Konsistenz auf. Dies spricht für eine insgesamt stabile und positive Wahrnehmung der Arzt-Patient-Interaktion.

Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse: Medianwerte bewegten sich zwischen 1 und 1,5, mit leichten Unterschieden zwischen IG und VG II sowie C-RCT und VG I zu einzelnen Zeitpunkten. Insgesamt zeigten sich keine bedeutsamen Gruppenunterschiede, die interne Konsistenz war sehr gut (Cronbachs Alpha 0,88–0,90). Dies deutet darauf hin, dass die Patient*innen die fachliche Kompetenz der Ärzt*innen und ihre Einbindung in Entscheidungen als zufriedenstellend wahrnahmen.

Qualität und Ausmaß der Informationen, Patientenbeteiligung, Vertrauen, Behandlungsqualität, Zufriedenheit mit dem*der Arzt*Ärztin insgesamt: Die einzelnen Items lagen überwiegend im unteren Bereich der Skala (1–2), was eine hohe Zufriedenheit widerspiegelte. Über alle Zeitpunkte und Gruppen zeigten sich Überschneidungen der Konfidenzintervalle und damit können keine bedeutsamen Gruppenunterschiede abgeleitet werden. Cronbachs Alpha-Werte lag zwischen 0,93 und 0,95, was auf eine sehr gute interne Konsistenz hinweist. Einzelitems, z. B. Vertrauen und Behandlungsqualität, wurden nicht auf interne Konsistenz geprüft.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Zufriedenheit der Patient*innen mit allen Aspekten der Versorgung hoch und über die Zeit hinweg stabil ist. Der Anteil fehlender Werte lag über alle Skalen hinweg überwiegend unter 2 %, sodass die Datenbasis als robust einzuschätzen ist.

Es lassen sich keine bedeutenden Gruppenunterschiede nachweisen. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den einzelnen Gruppen sowie der insgesamt geringen Variation der Ergebnisse war keine inferenzstatistische Analyse zur Prüfung signifikanter Gruppenunterschiede möglich. Die Ergebnisse sprechen jedoch dafür, dass die neue Versorgungsform die bereits positive Wahrnehmung der Versorgung nicht weiter gesteigert, aber auch nicht verschlechtert hat. Kleine Unterschiede zwischen den Gruppen, z. B. leicht höhere Medianwerte in der IG bei Informationen und Partizipation, könnten auf Tendenzen hinweisen, die bei einer größeren Stichprobe möglicherweise messbar wären.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.1.2 Prozessevaluation

Im Folgenden werden die Ergebnisse hinsichtlich der Prozessevaluation zusammengetragen und im Rahmen von Joint Displays pro RE-AIM-Dimension synthetisiert sowie Meta-Inferenz abgeleitet (Kapitel 2.8.1).

4.1.2.1 Reach

Tabelle 183 zeigt das Joint Display der Dimension Reach und fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 183: Joint Display – Dimension Reach

Aspekt der Reach	Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse	Meta-Inferenz (Integration)
Interviewreichweite / Stichprobe	37 ausgewertete Interviews, basierend auf 16 Patient*innen; 10 Patient*innen über alle 3 Zeitpunkte; 825 eingeschlossene Patient*innen; Baseline-Rücklauf 88–90%; Follow-up-Abbruchrate hoch (67%), v.a. durch Tod (63% der Abbrüche); nur 33% beendeten Follow-up; ITT-Analysepopulation (n = 149) jünger, mehr Frauen, bessere Lebensqualität; Anteil Frauen höher (57%); häufigste Entitäten: Lunge (25%), Kolon/Rektum (18%), Brust (17%)	Interviews decken verschiedene Versorgungseinrichtungen ab (MVZ, Kliniken, Praxen); Längsschnittbeobachtung zeigt Kontinuität der Wahrnehmung	Quantitativ breite Reichweite, aber erhebliche Drop-outs durch Krankheitsprogression; qualitative Daten ergänzen Tiefenperspektiven und Entwicklungen; Längsschnittdaten (auch qualitativ) erlauben Analyse von Entwicklungen über Zeit
Rekrutierungswege	Mehrheit über behandelnde Ärzt*innen und OCs angesprochen	Patient*innen betonen persönliche Ansprache als Hauptgrund für Teilnahme; schriftliche Informationen oder Flyer kaum ausschlaggebend; zudem Vertrauen als entscheidender Faktor für Studienbereitschaft; KoPPs nur punktuell als Kontaktperson involviert	Kombination zeigt: Niedrigschwellige, persönliche Ansprache entscheidend; KoPPs können potenziell Reichweite erhöhen, sind aber abhängig von Sichtbarkeit in Praxisabläufen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rekrutierungsbarrieren und -potenzial	(nicht standardisiert erhoben, aber Rücklaufquoten liefern indirekte Evidenz)	Patient*innen nannten Vertrauen, als kompetent wahrgenommenes Personal als motivierende Faktoren für Studienteilnahme; Angst/Unsicherheit vor Studienteilnahme, Zeitaufwand als hemmende Faktoren; OCs: Rekrutierungspotenzial war nur in etwa der Hälfte der Patientenfälle gegeben; Barrieren: mangelnde Zeit, geringe Teilnahmebereitschaft, unzureichende Koordination innerhalb der Einrichtungsstrukturen, geringe Lebenserwartung, fehlende Kontinuität im Rekrutierungsprozess als Hürden	Strukturelle Rahmenbedingungen (Zeit, Ressourcen, Koordination) und individuelle Faktoren (Teilnahmebereitschaft, Gesundheitszustand, Vertrauen) zeigen sich als gleichermaßen entscheidend für die Reichweite – strukturelle Barrieren begrenzen Ausschöpfung des Potenzials.
Zielgruppenspezifität sowie Bedarf und Passung für OncoCoaching und frühe Palliativversorgung	Patient*innen verschiedener Krebsentitäten inkludiert; Alter Ø 65 Jahre, Performance-Status (Karnofsky oder ECOG) meist Grad 0–1; Unterstützungsbedarf zu T0 eher gering (mean = 27,9/100), Lebensqualität relativ hoch (EQ-5D=0,73)	Einige Patient*innen erachteten Differenzierung nach Krankheitsstadium als sinnvoll; ansonsten grds. OnCoPaTh als passend bewertet; OCs berichteten: hoher Bedarf für OncoCoaching, aber heterogener Bedarf für frühe palliative Betreuung; Passung der Studienpopulation meist passend oder bedingt passend, in Einzelfällen ausweitbar; KoPP-Rolle nur in wenigen Einrichtungen direkt sichtbar	Quantitative Charakteristika zeigen eine relativ fitte, tendenziell weniger belastete Stichprobe; qualitative Daten bestätigen: OnCoPaTh-Studie wurde patientenseitig im Wesentlichen als zielgruppengerecht wahrgenommen; OCs bestätigen die Patientensicht: OncoCoaching war breit akzeptiert, frühe palliative Integration jedoch nur teilweise passend bzw. „notwendig“ → Reichweite könnte durch gezieltere Ansprache und klare Bedarfsdefinition

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

			optimiert werden; KoPP-Rolle könnte Reichweite durch bessere Integration und klare Kommunikation erhöhen
Rolle von OncoCoaches	(Nicht quantifiziert)	Patient*innen berichten positive Betreuung, Ansprechpartnerfunktion von OC, Unterstützung bei Informationsbedarf, nichtärztliches Personal (wie OCs) kann bei der Ansprache von Patient*innen zur Studienteilnahme effektiv mitwirken; OCs: sahen sich als Schlüsselakteure der Rekrutierung, aber durch strukturelle Grenzen eingeschränkt	OCs erhöhen die Reichweite durch persönliche Begleitung und Vertrauen → Bestätigung, dass personalisierte Unterstützung und enge Betreuung eine zentrale Komponente für die Reach ist → OCs steigern potenziell Reichweite und Teilnahmebereitschaft, können ihr Potenzial aber nur unter günstigen Rahmenbedingungen ausschöpfen
Angehörige	Angehörige beider Gruppen (C-RCT vs VG I) sind demografisch und bildungs-/berufsbezogen weitgehend vergleichbar, marginale Unterschiede im Beschäftigungsstatus und Schulabschluss, Ruhestand ist die häufigste Beschäftigungsform	(keine Interviewdaten mit Angehörigen)	Angehörige beider Gruppen (C-RCT vs VG I) waren demografisch und bildungsbezogen weitgehend vergleichbar, Mehrheit befand sich im Ruhestand und hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung, Gruppenunterschiede waren marginal, z. B. etwas mehr Vollzeitbeschäftigte in der C-RCT-Gruppe und etwas häufiger Gymnasialabschlüsse in VG I
Patient*innen	Soziodemografie: Beide Vergleiche (IG vs VG II, C-RCT vs VG I) zeigen ähnliche Alters-, Familien- und Bildungsstrukturen; Unterschiede marginal;	(keine Interviewdaten zu den quantitativen Themen)	Patient*innen beider Gruppen zeigen vergleichbare soziodemografische Merkmale und Unterstützungsbedarfe; Unterschiede bestehen vor allem im

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Informationsverhalten: IG/C-RCT stärker auf themenspezifische Recherchen, VG II/ VG I nutzt häufiger allgemeine Internet- und klassische Medien; Krebsberatungsstellen: Bekanntheit moderat, Nutzung gering, Gründe überwiegend subjektiv; Unterstützungsbedürfnisse (Aufklärungs- und Partizipationsbedürfnis, Paternalismus- und Selbsthilfepräferenz): Medianwerte ähnlich zwischen Gruppen		Informationsverhalten, wobei Interventionsgruppen gezielter zu Gesundheitsthemen recherchieren, während die Nutzung von Krebsberatungsstellen insgesamt moderat und primär durch subjektive Einschätzungen begrenzt ist

Im Rahmen der OnCoPaTh-Studie wurden insgesamt 37 Interviews mit 16 Patient*innen aus der IG geführt. Damit konnte bei längsschnittlicher Erhebung eine moderate Anzahl von Zielpersonen erreicht und wiederholt interviewt werden. Die erreichten Patient*innen waren hinsichtlich der bewussten Stichprobenziehung basierend auf den ausgewählten Kriterien der Einrichtungsart (niedergelassene Einrichtung, Kliniken, MVZ) sowie Geschlecht und Alter ausgewogen. Ergänzend zeigen die quantitativen Daten, dass insgesamt 825 Patient*innen eingeschlossen wurden, wobei die Baseline-Rücklaufquote mit 88–90 % sehr hoch ausfiel. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Drop-out-Rate im Follow-up erheblich war (67 %), was vor allem auf Krankheitsprogression und Tod (63 % der Abbrüche) zurückzuführen ist. Diese Zahlen verdeutlichen die Herausforderungen, vulnerable onkologische Patient*innen langfristig in Studienkontexte einzubinden.

Die Patient*innen berichteten über **verschiedene Wege der Rekrutierung.** Der primäre Weg war die gezielte Ansprache, primär durch Ärzt*innen (Onkolog*innen) und OCs. Die OCs unterstützten insbesondere bei der Rekrutierung und Gewinnung von Patient*innen und fungierten als Vertrauenspersonen, welche eine niedrigschwellige Ansprache ermöglichten. Informationsmaterial wie beispielsweise Flyer, Info-Broschüren oder Aushänge spielten eine nachgelagerte Rolle. Dies bestätigt sich in der Literatur (van Lankveld et al., 2018). KoPPs könnten potenziell als zusätzliche Zugangspersonen für die Studienteilnahme fungieren und damit die Erreichbarkeit der Zielgruppe erhöhen. Voraussetzung dafür ist jedoch eine klare organisatorische Verankerung der Rolle und Sichtbarkeit innerhalb der Versorgungspraxis. Ohne diese Verankerung bleibt ihr Beitrag zur Rekrutierung und Einbindung von Patient*innen begrenzt.
Die Attraktivität der Studienteilnahme an OnCoPaTh wurde von den Patient*innen überwiegend auf die begleitende Betreuung und die Möglichkeit zur persönlichen Unterstützung zurückgeführt.

Bezüglich der Reichweite wird deutlich, dass die **gewählte Zielgruppe** aus Sicht der meisten Interviewten **angemessen** war, wenngleich einzelne Patient*innen eine stärkere

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Differenzierung nach dem Krankheitsstadium als sinnvoll erachtet hätten. Die OC-Interviews bestätigten, dass ein hoher Bedarf für das OncoCoaching bestand. Der subjektive Bedarf für eine frühe palliative Integration war jedoch sehr heterogen in der Studienpopulation und wurde oftmals als gering bzw. nicht vorhanden eingestuft. Studien zeigen, dass Patient*innen häufig Bedürfnisse haben und eine begleitende palliative Versorgung diese gezielt adressieren kann (Bağçivan et al., 2022) und dass eine frühe palliative Begleitung grundsätzlich positive Effekte erzielen kann (Haun et al., 2017). Unterschiedliche Ausprägungen von Bedürfnissen und Belastungen von Patient*innen in Abhängigkeit des Krankheitsstadiums spielen eine Rolle (Beernaert et al., 2016; Vogt et al., 2021). Eine differenziertere Ansprache von Patient*innen könnte die Relevanz der Intervention steigern bzw. betonen und eine noch gezieltere Unterstützung ermöglichen.

Darüber hinaus machten die OCs auf ein zentrales strukturelles Problem aufmerksam: Das **Rekrutierungspotenzial** war nach ihren Angaben nur bei etwa der Hälfte der Patient*innen gegeben. Hemmende Faktoren für die Rekrutierung waren in erster Linie fehlende Zeit sowohl bei OCs als auch bei Ärzt*innen, eine mangelnde Teilnahmebereitschaft auf Patientenseite sowie eine unzureichende Koordination innerhalb der Einrichtungsstrukturen. In einigen Fällen spielte zudem eine geringe Lebenserwartung der Patient*innen sowie eine fehlende Kontinuität im Rekrutierungsprozess der Einrichtung eine Rolle. Diese Befunde verdeutlichen, dass die Reichweite einer Studie nicht allein vom inhaltlichen Bedarf, sondern in erheblichem Maße auch von organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen abhängt.

Die persönliche Ansprache sowie der Mehrwert durch zusätzliche Informationen sowie Betreuung und Unterstützung durch das Studienangebot wurden als zentrale **Faktoren für die Teilnahme** benannt. Persönlich vermittelte, niedrigschwellige Informationen, durch beispielsweise behandelnde Ärzt*innen oder OCs, erweisen sich als besonders wirksam bei der Rekrutierung vulnerabler Patientengruppen (z.B. in der Onkologie). KoPPs können hierbei ergänzend wirken, insbesondere wenn sie aktiv in die Informationsweitergabe und Koordination einbezogen werden. Vergleichbar zeigt das Heiney-Adams Recruitment Framework, dass eine beziehungsorientierte Ansprache gepaart mit gezielten Informationen die Teilnahmebereitschaft deutlich erhöht (Hass et al., 2023). Darüber hinaus wurde auf eine mögliche Verbesserung der Reichweite durch eine intensivere Ansprache des ärztlichen Personals (behandelnde Onkolog*innen) und das gezielte Einbeziehen des nichtärztlichen Personals (bspw. OCs) in diesen Prozess hingewiesen. Das bestätigen Ergebnisse anderer Studien, welche die Rolle des behandelnden Personals als „Gatekeeper“ in der Rekrutierung betonen (Howerton et al., 2007). Eine systematische Schulung des rekrutierenden sowie im Prozess relevanten Gesundheitspersonals im Hinblick auf die Bedeutung von Studien und auf Strategien der patientenzentrierten Ansprache könnte somit die Rekrutierung verstärken (Howerton et al., 2007).

Bezüglich **Barrieren bei der Rekrutierung** zeigten die Interviews mit Patient*innen der IG, dass Unsicherheiten und Ängste der Patient*innen hinsichtlich einer Teilnahme an einer Studie bestehen können. Diese können durch umfassende, persönliche Aufklärung adressiert und reduziert werden. Hierbei könnten Formate wie beispielsweise Informationstage oder Informationsflyer zusätzlich zu niedrigschwelligen Beratungsgesprächen durch die OCs dazu beitragen, die Hemmschwelle zur Studienteilnahme weiter zu senken (Hung et al., 2024). Zudem berichteten die interviewten OCs von organisatorischen Hürden (bspw. Zeitmangel, unzureichende Koordination innerhalb der Einrichtung) sowie von individuellen Faktoren der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patient*innen (geringe Teilnahmebereitschaft, geringe Lebenserwartung). Diese Erfahrung deckt sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen (Kumar et al., 2022).

Ein weiterer relevanter Punkt betrifft die Herausforderungen der **Rekrutierung** schwerkranker Patient*innen, die auch **für die KoPPs** sichtbar wurden. Sowohl die strukturellen Barrieren (bspw. zeitliche Ressourcen, organisatorische Koordination, pandemiebedingte Kontakteinschränkungen) als auch die individuellen Faktoren (wie gesundheitlicher Zustand, Unsicherheit, negative Assoziationen mit „Palliativversorgung“) begrenzen die Reichweite. Die KoPPs berichten zudem, dass die frühe Integration („Early Integration“) aufgrund dieser Faktoren oft schwer umzusetzen sei.

Die quantitative Analyse zeigt, dass die **demografische** und bildungs-/berufsbezogene **Zusammensetzung der Angehörigen** in beiden Gruppen (C-RCT vs VG I) weitgehend vergleichbar ist. Ruhestand ist die häufigste Beschäftigungsform, marginale Unterschiede zeigen sich in Vollzeitbeschäftigung und Schulabschluss. Dies spricht dafür, dass die Rekrutierung der Angehörigen keine systematischen Verzerrungen zwischen den Gruppen aufweist und die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation in Bezug auf soziodemografische Merkmale ist. Implikationen für die Reach: Da keine Interviewdaten vorliegen, kann die qualitative Perspektive auf Motivation oder Barrieren für die Teilnahme der Angehörigen nicht eingeschätzt werden. Dennoch legt die demografische Homogenität nahe, dass Unterschiede in der Umsetzung oder Wirkung der Intervention nicht durch strukturelle Unterschiede in der Zielgruppe bedingt sind.

Die Patient*innen beider **Vergleichsgruppen** zeigen ähnliche Alters-, Familien- und Bildungsstrukturen, und die Unterstützungsbedarfe (z. B. Aufklärungs- und Partizipationspräferenzen) liegen auf ähnlichem Niveau. Unterschiede zeigen sich primär im Informationsverhalten: Interventionsgruppen (IG/C-RCT) recherchieren gezielter zu Gesundheitsthemen, während Vergleichsgruppen häufiger allgemeine Internet- und klassische Medien nutzen. Die Bekanntheit und Nutzung von Krebsberatungsstellen ist moderat und primär durch subjektive Faktoren begrenzt. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass die Reach der Intervention bei Patient*innen weitgehend unabhängig von demografischen Variablen ist, aber durch Verhaltens- und Informationspräferenzen beeinflusst wird. Interventionsgruppen scheinen stärker motiviert oder geübt in der aktiven Recherche zu spezifischen Gesundheitsthemen, was möglicherweise eine höhere Ansprechbarkeit für individualisierte Interventionselemente wie OncoCoaching reflektiert. Implikationen für Reach: Die moderate Nutzung von Krebsberatungsstellen weist auf bestehende Barrieren hin (z. B. fehlende Wahrnehmung des Nutzens, subjektive Präferenzen). Für zukünftige Implementierungen könnte dies bedeuten, dass gezielte Aufklärung und niedrigschwellige Zugänge nötig sind, um alle Patient*innengruppen zu erreichen.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse, dass die persönliche, vertrauensvolle Ansprache durch das behandelnde Personal (Ärzt*innen, OCs, KoPPs) die effektivste Rekrutierungsstrategie darstellt. Ergänzend sind eine gezielte Zielgruppenansprache sowie die systematische Sensibilisierung und Einbindung des gesamten onkologischen Behandlungsteams, insbesondere des nichtärztlichen Personals mit enger Patientenbindung, entscheidend, um Reichweite und Teilnahmequoten zu erhöhen und Barrieren, etwa Zurückhaltung von Patient*innen, zu reduzieren. Die Daten legen nahe, dass eine bessere Integration der KoPPs in die Arbeitsabläufe der Einrichtungen und eine aktive Einbindung in Rekrutierungsprozesse die Reichweite verbessern könnten. Gleichzeitig wird deutlich, dass die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

bloße Implementierung einer neuen Rolle ohne organisatorische und strukturelle Verankerung nur begrenzte Effekte auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe hat. Die Reichweite der Intervention wird nicht primär durch demografische Unterschiede der Patient*innen oder Angehörigen bestimmt, sondern eher durch Verhaltens- und Präferenzmuster im Informations- und Versorgungsverhalten. Dies impliziert, dass zielgruppenspezifische Ansprache und die Berücksichtigung von Informationsgewohnheiten zentral sind, um die Intervention effektiv zu erreichen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Angehörige bisher wenig systematisch in die Intervention einbezogen wurden, was Potenzial für eine Verbesserung der Reichweite bietet.

4.1.2.2 Effectiveness

In Tabelle 184 ist das Joint Display der Dimension Effectiveness veranschaulicht.

Tabelle 184: Joint Display – Dimension Effectiveness

Aspekt der Effectiveness	Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse	Meta-Inferenz (Integration)
Einfluss der Studie auf das Leben der Patient*innen und wahrgenommener Nutzen	Kein signifikanter Gruppenunterschied (IG vs VG II) im primären Endpunkt „Unterstützungsbedarf“ (SCNS-SF34-G) (ITT n = 149); Unterstützungsbedarf insgesamt gering; Unterstützungsbedarf bleibt insgesamt stabil über 15 Monate Follow-up; Lebensqualität (EQ-5D) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, stabile Werte im oberen Bereich; hoher Anteil an Studienabbrüchen durch Versterben (63%); hohe Zufriedenheit mit Versorgung, Fachkompetenz, Behandlungsqualität und Vertrauen über alle Zeitpunkte hinweg; keine signifikanten Unterschiede beim	Patient*innen nahmen häufig keinen direkten Nutzen durch Studienteilnahme wahr (Assoziation der Studie primär mit den Fragebögen); OCs berichteten jedoch über positives Feedback: kontinuierliche Betreuung, verbesserte Versorgungskoordination, gestärktes Vertrauen, gesteigerter Lebensqualität, besserem Sicherheitsgefühl, Vertrauen und Unterstützung	Diskrepanz: Quantitative Daten (standardisierte quantitative Messungen) deuten auf keinen messbaren Nutzen hin bzw. Intervention erzeugte kaum messbare Effekte (keine signifikanten Gruppenunterschiede), qualitativ Hinweise auf punktuelle Verbesserungen durch die Intervention: qualitative Daten (primär Interviews) zeigen subjektiv wahrgenommene Vorteile v. a. in Bereichen, die schwer standardisiert messbar sind (z. B. Vertrauen, Sicherheit, Koordination); Deckeneffekt: Quantitativ sehr hohe Zufriedenheit bereits zu Beginn → kaum messbare Unterschiede. Subjektiv berichten Patient*innen keinen unmittelbaren

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Vergleich von IG/VG II und C-RCT/VG I; Werte durchweg im Bereich „sehr zufrieden“ bis „eher zufrieden“		Nutzen, was konsistent mit fehlenden quantitativen Effekten ist
Hoffnung und Beweggründe für Studienteilnahme	(Keine quantitativen Indikatoren für erhöhte Hoffnung oder individuellen Zugewinn messbar)	Mehrheit der Patient*innen erwartete keinen persönlichen Nutzen durch Studienteilnahme, Motivation zur Teilnahme war v. a. altruistisch (Beitrag zur Verbesserung der Versorgung für zukünftige Patient*innen)	Integration zeigt: Teilnahmebereitschaft beruhte weniger auf individuellem Nutzen, als auf altruistischen Motiven – erklärt trotz geringer Effektivität die erfolgreiche Rekrutierung
Wirkungen auf Versorgungseinrichtungen und Gesundheitspersonal	(Keine quantitativen Daten erhoben)	OCs beschrieben positive Effekte auf Ebene der Versorgungseinrichtung: Entlastung der Ärzt*innen, Prozessverbesserungen, positive Effekte (z.B. kontinuierliche Betreuung, bessere Koordination, gesteigertes Vertrauen) für Patient*innen sowie Rückmeldungen von Patient*innen; zudem gestärkte Akzeptanz der OC-Rolle, erhöhte Arbeitszufriedenheit und Vernetzung; Interviews betonen persönliche Beziehung	Ergänzend zur Patient*innen-Perspektive zeigen die qualitativen Daten systemische Nutzenpotenziale: obwohl Effektivität auf Patientenebene (Patienten-Outcomes) quantitativ kaum messbar war, führte die Intervention zu positiven Veränderungen in Versorgungsstrukturen und im interprofessionellen Team
Wirkungen auf Angehörige	Insgesamt 283 Angehörige eingeschlossen; Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G) bei T0 im unteren Viertel, am höchsten in Subskala „Gesundheitsversorgung“; nur geringe Unterschiede zwischen IG und VG II; Follow-up stark reduziert (42–35% nach 12 Monaten)	(Angehörige selbst nicht qualitativ befragt)	Quantitative Daten implizieren geringen Unterstützungsbedarf und wenig messbaren Effekt auf Seiten der Angehörigen; fehlende qualitative Vertiefung begrenzt die Interpretation – Potenzial zur stärkeren Einbindung von Angehörigenperspektiven

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ungeplante Ereignisse (Krankenhauseinweisung, Notaufnahme-Kontakte, Notdienstkontakte)	IG vs VG II (ITT): Krankenhausaufenthalte: IG leicht geringer, Notaufnahme: vergleichbar, Notdienst: IG niedriger; C-RCT vs VG I (ITT): Krankenhausaufenthalte: C-RCT höher, Notaufnahme: vergleichbar, Notdienst: leicht höher C-RCT	OCs berichteten größtenteils, dass sie den Effekt der Intervention OnCoPaTh auf ungeplante Krankenhausaufenthalte nicht abschätzen können	OnCoPaTh zeigt insgesamt geringe Effekte auf ungeplante Krankenhausereignisse; Notdienstkontakte in der IG tendenziell niedriger (quantitativ), während OCs den Nutzen der Intervention größtenteils nicht abschätzen können (qualitativ)
Lebensqualität (EQ-5D-5L)	keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, stabile Werte im oberen Bereich	OCs berichten von gesteigerter Lebensqualität, besserem Sicherheitsgefühl, Vertrauen und Unterstützung	Positive Wirkungen sind in den Interviews belegt, aber nicht messbar in den quantitativen Analysen mit EQ-5D-5L
Koordination der Versorgung (CCI)	quantitativ keine Unterschiede zwischen den Gruppen, Mittelwerte bleiben gleich	OCs berichten von Verbesserung der Versorgungskoordination, Prozessumsetzung und Vernetzung; Patient*innen berichten von kontinuierlicher Betreuung und besserer Versorgung	Diskrepanz: quantitativ stabil, qualitativ positive Wahrnehmung → Wahrnehmung von Verbesserung, aber Skala erfasst dies evtl. nicht ausreichend
Patienten-Empowerment (PEN-13)	keine signifikanten Unterschiede, Tendenz sogar sinkend in IG	Patient*innen fühlen sich befähigt, Sorgen und Wünsche zu äußern – fällt zunehmend (im Zeitverlauf) leichter; OCs bestätigen, dass Vertrauen und Kommunikation gestärkt werden	Quantitative Skala zeigt Stabilität, während qualitative Daten auf gestärkte Selbstwirksamkeit hinweisen
Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM)	Werte insgesamt eher niedrig (Median zwischen 1 und 2 – unterer Skalenbereich), keine Gruppenunterschiede (IG und VG II), aber leichte positive Tendenz zugunsten der IG; Regression zeigt: Ausgangswerte T0 erklären den größten	Patient*innen lernen, Fragen zu stellen, Sorgen zu äußern und Informationen einzufordern; OCs unterstützen gezielt Kommunikation mit Ärzt*innen (Übersetzung in laiengerechte Sprache, Gesprächsvorbereitung)	Während quantitativ keine signifikanten Verbesserungen messbar sind, verdeutlichen die qualitativen Befunde subjektive Fortschritte in der Kommunikationsfähigkeit

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Teil der Varianz; Alter und Geschlecht haben keinen Effekt; Sehr hohe Reliabilität (α = 0,95)		
Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	Hohe Zufriedenheit über alle Zeitpunkte (Median meist 1–1,5 → sehr bis eher zufrieden); keine und kleine signifikanten Gruppenunterschiede, Stabilität über Zeit: Zufriedenheit bleibt tendenziell stabil; leichte Verbesserungen in IG bei Partizipation und allgemeiner Patientenbeteiligung	Patient*innen berichten von Entlastung durch bessere Organisation in ihrer Versorgung durch koordinierende Rolle des OC, Erhalt von relevanteren und verständlicheren Infos (häufig durch OC), verbesserte Interaktion von Patient*innen mit Gesundheitspersonal: stärkeres Vertrauensverhältnis, mehr Möglichkeiten für Fragen; Hinweise auf konstante, aber teilweise individuelle Unterstützungsbedarfe, die nicht quantitativ erfasst werden (z.B. Wunsch nach mehr Zeit für Fragen oder persönliche Beratung); Teilweise Hinweise auf unzureichende oder komplexe Information; manche Patient*innen fühlten sich nicht umfassend informiert; Patient*innen nehmen die Behandlungsqualität überwiegend positiv wahr, kritisieren aber gelegentlich organisatorische Aspekte	Konsistenz zwischen Datenquellen: Quantitative und qualitative Daten zeigen übereinstimmend hohe und stabile Zufriedenheit in allen untersuchten Dimensionen → Feinere Differenzierung durch qualitative Daten: Intervention bringt grds. punktuelle Verbesserungen in Partizipation und Informationsbereitstellung, die quantitativ nur schwach abgebildet werden → Instrumente evtl. zu grob, um Veränderungen zu messen

Die **Ergebnisse** der OnCoPaTh-Studie zeigen **in der Dimension „Effectiveness“** ein konsistentes Muster: Standardisierte quantitative Endpunkte wiesen keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppen auf. Der primäre Endpunkt „Unterstützungsbedarf“ (SCNS-SF34-G) blieb stabil auf insgesamt niedrigem Niveau, ebenso wie die Lebensqualität (EQ-5D). Auch in weiteren Patient-Reported Outcomes (Koordination der Versorgung, Patienten-Empowerment, kommunikative Gesundheitskompetenz, Zufriedenheit mit der Versorgung) zeigten sich keine relevanten Gruppenunterschiede. Auffällig ist ein möglicher Deckeneffekt (Garin, 2014), da die Zufriedenheitswerte bereits zu

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Beginn durchweg sehr hoch waren, was eine quantitative Abbildung potenzieller Veränderungen erschwert.

Demgegenüber deuten die qualitativen Ergebnisse auf relevante **subjektive Verbesserungen** hin, die sich durch die Intervention ergaben. Patient*innen beschrieben insbesondere eine kontinuierliche Betreuung, ein gestärktes Vertrauen, ein höheres Sicherheitsgefühl und eine verbesserte Versorgungskoordination. Auch OCs berichteten über positive Rückmeldungen der Patient*innen sowie über Effekte, die sich in etablierten Skalen schwer erfassen lassen, wie eine erleichterte Kommunikation, das Gefühl von Unterstützung und die Förderung von Selbstwirksamkeit. Während Patient*innen selbst häufig keinen unmittelbaren Nutzen der Studienteilnahme wahrnahmen, zeigte sich eine starke altruistische Motivation: Die Teilnahme wurde primär als Beitrag zur Verbesserung der Versorgung zukünftiger Patient*innen verstanden. Solche altruistischen Beweggründe berichteten auch weitere Studien als zentralen Faktor für eine Studienteilnahme (Heo et al., 2021; Truong et al., 2011). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Motivation zur Studienteilnahme nicht allein durch die Erwartung eines individuellen Nutzens geprägt ist, sondern wesentlich auch durch altruistische Beweggründe wie Solidarität und das Empfinden, einen Beitrag zum kollektiven Fortschritt der Versorgung zu leisten.

Darüber hinaus ergeben die qualitativen Interviews deutliche Hinweise auf **systemische Nutzenpotenziale**. OCs beschrieben eine Entlastung für Ärzt*innen, die Umsetzung neuer Prozesse, eine gestärkte interprofessionelle Vernetzung und eine höhere Akzeptanz der eigenen Rolle. Damit entfaltet OnCoPaTh positive Wirkungen auf Organisationsebene, die in standardisierten patientenbezogenen Instrumenten nicht abgebildet werden. Das OncoCoaching wurde von den meisten Interviewten eindeutig als positiv und als Nutzen wahrgenommen. Patient*innen berichteten, dass die persönliche Begleitung Sicherheit, Geborgenheit und praktische Unterstützung bei der Bewältigung der Krebserkrankung vermittelt habe. Damit zeigt sich, dass niedrigschwellige, kontinuierliche Unterstützungsangebote für Krebspatient*innen eine zentrale Ressource darstellen können, indem sie beispielsweise psychosoziale Unterstützung bieten. Diese Ergebnisse lassen sich in den Kontext psychoonkologischer und palliativmedizinischer Studien einordnen, welche die Wirksamkeit kontinuierlicher Begleitungsangebote aufzeigen. Beispielsweise weist einschlägige Literatur darauf hin, dass psychoonkologische Interventionen nicht nur die psychische Belastung reduzieren (Carlson & Bultz, 2003), sondern auch die gesundheitliche Situation von Patient*innen verbessern können (Andersen et al., 2007). Besonders der niedrigschwellige Zugang und die Möglichkeit, Fragen außerhalb der ärztlichen Kontakte zu klären, stellten sich im Setting von OnCoPaTh als zentral heraus. Diese Aspekte zeigten sich auch in weiteren Studien als relevant (Kaiser et al., 2024).

Die standardisierten Fragebögen wurden zum Teil von Patient*innen als Belastung empfunden, da sie zeitintensiv sind und immer wieder mit der eigenen Erkrankung konfrontieren. Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden aus der onkologischen Versorgungsforschung, wonach standardisierte Befragungen Patient*innen einerseits helfen können, ihre Symptom- und Bedürfnislage bewusster wahrzunehmen und zu reflektieren (Yang et al., 2018), andererseits aber auch mit zusätzlicher Belastung verbunden sind (Atkinson et al., 2019). Zugleich zeigen die positiven Rückmeldungen mancher Interviewten, dass standardisierte Erhebungen auch einen Reflexionsanstoß geben und somit zur aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Situation beitragen können (Osoba, 2011). Daraus lässt

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

sich ableiten, dass Befragungsinstrumente einerseits ein wichtiges Element zur systematischen Erfassung von Patientenerfahrungen darstellen, andererseits aber so gestaltet werden sollten, dass sie für Betroffene praktikabel und zumutbar bleiben.

Auch die Auswertung un**geplanter Ereignisse (Krankenhauseinweisungen, Notaufnahmen, Notdienstkontakte)** zeigte insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen. Während die IG tendenziell weniger Notdienstkontakte aufwies, war der Effekt aus Sicht der OCs (Interviewdaten) schwer einzuschätzen. Dies deutet darauf hin, dass durch die Intervention OnCoPaTh klinisch „harte“ Endpunkte nur in begrenztem Maße beeinflusst bzw. abgebildet werden konnten (Creangă-Murariu et al., 2025; Hussain et al., 2016). Es ist anzunehmen, dass die Effekte teilweise durch kontextuelle Faktoren überlagert oder verwässert wurden und sich daher mit standardisierten Messinstrumenten nur unzureichend erfassen lassen. Demgegenüber eröffnet das qualitative Datenmaterial ein differenzierteres Verständnis der Wirkmechanismen und Kontexteinflüsse (Lewin et al., 2009; G. F. Moore et al., 2015).

Zusammenfassend verdeutlicht die Integration der Ergebnisse, dass OnCoPaTh auf quantitativer Ebene nur geringe, ggf. schwer messbare Effekte auf Patient*innen-Outcomes erzielt, jedoch qualitative und organisationale Daten klare Hinweise auf subjektiv wahrgenommene Vorteile und strukturelle Verbesserungen liefern. Dies legt nahe, dass die Wirkung der Intervention weniger in unmittelbaren klinischen oder patientenberichteten Outcomes liegt, sondern vielmehr in der Stärkung von Versorgungsprozessen, Kommunikationsstrukturen und Vertrauen. Für künftige Evaluationen erscheinen daher der Einsatz differenzierter Messinstrumente sowie die konsequente Einbindung qualitativer Methoden essenziell, um die tatsächliche Reichweite und Effektivität komplexer Versorgungsinterventionen angemessen abzubilden.

4.1.2.3 Adoption

Tabelle 185 zeigt das Joint Display der Dimension Adoption.

Tabelle 185: Joint Display – Dimension Adoption

Aspekt der Adoption	Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse	Meta-Inferenz (Integration)
Einrichtungen, Ressourcen und Rahmenbedingungen	28 aktive Einrichtungen in der VG I-Studienphase rekrutiert (nach Ausweitung auf ganz Deutschland); 25 aktive Einrichtungen in der C-RCT-Phase; unterschiedliche Trägerschaften (Praxen, MVZ, Kliniken); IG-Einrichtungen schlossen etwas mehr Patient*innen ein als die der VG II und führten	Interviews zeigen heterogene Rahmenbedingungen (z. B. separate Räume für Coaching-Gespräche vorhanden/nicht vorhanden); strukturelle Unterschiede in Ressourcen und Annahme sowie Umsetzung des Projekts → Patient*innen benennen strukturelle Engpässe (Hinweise auf	Adoption erfolgte trotz Pandemie in breitem Setting; strukturelle Varianz an Einrichtungsarten beeinflusst u.a. Umsetzungstiefe; Bedarf an strukturellen Ressourcen und Unterstützung (z. B. Räume für Gespräche, Zeit) besteht; neben Kompetenzaufbau bleiben strukturelle

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	mehr Patientengespräche und Konsile, Fehlende Räume für Gespräche bei 41 % (T0); Hinweise auf begrenzte Ressourcen (Zeit, Räume, Personal)	Auslastung bzw. Überlastung des Personals, begrenzte (zeitliche) Ressourcen); Patient*innen betonen hohe Zufriedenheit trotz begrenzter Ressourcen, heben aber die Belastung des Personals hervor; positiv hervorgehoben wird, wenn Zeit genommen wird	Rahmenbedingungen (Räume, Zeit, Personal) zentrale Barrieren; quantitative Befragung (fehlende Räume, begrenzte Ressourcen) spiegelt sich in den Interviews wider – Ressourcenknappheit als zentrale Barriere; trotz struktureller Limitierungen erfahren Patient*innen hohe Qualität, wenn Zeit investiert wird
Ärzteperspektive	82 % (T2) bzw. 74 % (T4) Rücklauf, Belastung durch Projektarbeit überwiegend moderat, ~40 % berichten zeitliche Entlastung durch OncoCoach, Ärzt*innen in IG berichten höhere Belastung/Arbeitsstunden, Innovationsklima und Führungsunterstützung insgesamt positiv bewertet	kein Interviewdatenmaterial mit Ärzt*innen)	Adoption von OncoCoach-Rolle ist grundsätzlich positiv, aber nicht konfliktfrei
OncoCoach-Personal	>80 Fragebögen Rücklauf (T0); Mehrheit weiblich (ca. 96 % zu T0, 79 % zu T6); Meist mittlere Reife (51 %) und Ausbildung (73 %) als höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss; Mehrheit Krankenpflege, teils MFA als Berufsgruppe; ca. zur Hälfte Vollzeit und zur anderen Hälfte Teilzeit tätig; Selbstwirksamkeit: Anstieg der allgemeinen Selbstwirksamkeit von T0 über T1 bis T6,	Interviews: OCs beschreiben hohe Eigenmotivation, aber Ressourcenengpässe (Zeit, Räume); hohe Identifikation mit Rolle; wachsende Sicherheit in ihrer Rolle mit der Zeit, Kompetenzzuwachs und zunehmende Sicherheit der OCs; Patient*innen betonen v.a. (hohe) Empathie, Engagement, Kompetenz und Wissen der OCs; Vertrauen basiert stark auf wahrgenommener	Adoption nicht nur formal (Schulung, Einsatz), sondern funktional (aktive Nutzung und Identifikation), die (steigenden) quantitativen Kompetenzwerte spiegeln sich in der positiven Wahrnehmung der Patient*innen wider, Fachwissen und Sicherheit von OCs wachsen parallel mit dem Vertrauen der Patient*innen; Quantitativ eher

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Wahrgenommene allgemeine Beratungskompetenz: vor und nach der Schulung hoch (>90 %); fachliche Kenntnisse und Kompetenzeinschätzung nehmen zu (z. B. Info zu Therapien, psychoonkologische Unterstützung)	Fachkompetenz und Empathie	standardisierte Profile (Pflege, weiblich, mittlere Reife); qualitativ entscheidend ist die soziale und emotionale Kompetenz – diese wird als ebenso wichtig wie fachliche Qualifikation wahrgenommen
Rolle & Identität der OncoCoaches	Zustimmung eine wichtige Rolle in der onkologischen Versorgung einzunehmen; hohe Zustimmung, dass Coaching-Gespräche vorbereitet werden können; Kompetenzen v.a. in Beratung & Begleitung; Positive Einschätzung der Implementierung in Zusammenarbeit mit Ärzt*innen (zunehmend über Zeit), Zu T1 und T6 vereinzelt Unsicherheiten bei Themen wie früher palliativer Betreuung	Patient*innen sehen OCs als zentrale Ansprechpersonen und schätzen Verfügbarkeit, Zeit & Empathie; mehr Zeit für Patient*innen wird als stark positiv erlebt; Rollenwahrnehmung**:** OCs rückten über Zeit zunehmend ins Zentrum der Versorgung; berücksichtigen Patient*innen, Familie, multiprofessionelle Akteure; Fördernde Faktoren der Adoption: OC-Schulung, Selbststudium, Weiterbildung, Unterstützung durch Studienkoordination/Implementierungsworkshops, Engagement von Ärzt*innen und Team, zeitliche und räumliche Ressourcen, Eigeninitiative, strukturelle Eingliederung in bestehende Abläufe	Die Funktion als konstante, niedrigschwellige Ansprech- und Vertrauensperson ist für Patient*innen zentral und stützt die quantitative Einschätzung einer relevanten Rolle in der Versorgung – deckt sich mit quantitativen Daten, die klare Professionalisierung zeigen; Unsicherheiten bei Palliativthemen auf OC-Seite
Versorgungsprozesse	Regelmäßige Patientenkontakte und Konsile dokumentiert, zum Teil Unterschiede	OCs berichten hohen Dokumentationsaufwand; Patient*innen erleben kontinuierliche	Nutzen der Prozesse sichtbar; Balance zwischen Dokumentationsaufwan

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	zwischen IG und VG II sichtbar	Begleitung als sehr hilfreich	d und Patientenzuwendung notwendig – Standardisierung sinnvoll, aber nicht überlastend gestalten
OC-Schulung und Anwendung der Inhalte im Alltag	100 % der befragten OCs bewerteten die Schulung als „gut“ oder „sehr gut“; Inhalte lassen sich überwiegend in den Alltag integrieren (nur 7-13 % widersprachen)	Patient*innen berichten, dass sie sich gut aufgehoben fühlten und die Beratung als hilfreich erlebten – hohe Fachlichkeit; zum Teil Wahrnehmung, dass Zeit und Engagement über den Standard hinausgehen; OCs erleben wachsende Sicherheit in Anwendung	Schulungsinhalte sind praxisnah und wirksam – spiegelt sich in der patientenseitig wahrgenommenen Qualität der Versorgung wider
Patienteneinschätzung	Quantitative Skalen zeigen steigende Selbstwirksamkeit und Kompetenzbewertung bei OCs	Positive Einschätzung der OCs: Kompetenz, Empathie, Verfügbarkeit und zusätzliche Zeit, Vertrauen in und Zufriedenheit mit Fachpersonal stark ausgeprägt, Bedarf v.a. bei administrativer Unterstützung genannt	OC trägt wesentlich zur erlebten Versorgungsqualität bei, Zeitressourcen und niedrigschwellige Ansprechbarkeit sind entscheidend; starke Kongruenz: quantitativ Kompetenzentwicklung, qualitativ hohe Patientenzufriedenheit. Ergänzungsbedarfe bei administrativer Unterstützung sichtbar
KoPP-Befragung und Interviews (inkl. Miro-Boards) – palliative Struktur	Rücklauf bei KoPPs variierte stark über die Zeit; Meist mittlere Reife, teilweise Hochschulabschluss; Mehrheit verfügt über >5 Jahre Erfahrung in allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung; quantitative Daten: eher moderate Belastung, positive Bewertung der Zusammenarbeit;	Rollenwahrnehmung der KoPP: IG: KoPP-Rolle klarer definiert, aktive Aufgaben in Symptomkontrolle, Beratung, Koordination, emotionale Begleitung; eigenständige Verantwortung möglich; VG II: Rolle vage, stark abhängig vom OncoCoach; eingeschränkte	Erfolgreiche Adoption hängt ab von: Schulung & Weiterbildung, organisatorischer Verankerung, Teamunterstützung, eigenständiger Handlungskompetenz, klarer Rollenbeschreibung, sowie Berücksichtigung struktureller und kommunikativer Rahmenbedingungen →

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Zunahme der Patientengespräche & Konsile dokumentiert	Handlungskompetenz, z.T. KoPP-Rolle als demotivierend und ineffizient erlebt; fördernde Faktoren: Schulung, institutionelle Rückendeckung, Integration in Abläufe, interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderem KoPP oder OC; hemmende Faktoren: Zeitmangel, Rollenkonflikte bzw. Abgrenzung der Rollen (Rollendefinition), fehlende Akzeptanz im Team, geringe Zahl geeigneter Patient*innen, Vorbehalte gegenüber „Palliativversorgung“, Dokumentationslast; KoPP spielte oftmals aus OC-Sicht keine oder eine nachgelagerte Rolle – z.T. Integration über die Zeit, oft palliative Strukturen schon anderweitig vorhanden (bspw. SAPV-Teams), dadurch Einfluss auf Rolle der KoPP, OCs berichteten unterschiedliche Zeitpunkte einer palliativen Einbindung (oft nicht frühzeitig)	Adoption als ein fortlaufender Prozess – Schulungen, Teamkultur und strukturelle Unterstützung nötig, IG zeigt aktive Auseinandersetzung mit neuen Rollen, VG II eher zurückhaltend, jedoch grundsätzlich positive Wahrnehmung der Projektidee von „KoPP“
Kontextfaktor Pandemie	Verzögerungen/Reduktionen bei Rekrutierung – insb. hinsichtlich der ursprünglichen Planung nur in Hessen zu rekrutieren; 81 Anfragen deutschlandweit nötig	In OC-Interviews erwähnt, dass die Pandemie unmittelbar keine Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Patient*innen hatte; allerdings Verschärfung von	Pandemie wirkte als externer Stressor, grds. erfolgreiche Adoption trotz erschwerter Bedingungen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		Ressourcenknappheit (bspw. Personal, Zeit)	

Die Analyse der Adoption von OnCoPaTh zeigt, dass die Einrichtungen – niedergelassene Praxen, MVZs und Klinikambulanzen – grundsätzlich bereit und in der Lage waren, die neuen Versorgungsstrukturen (insb. das OncoCoaching (Rolle OC) und die frühe palliative Begleitung (Rolle KoPP) zu übernehmen. Die Bereitschaft wurde dabei stark von strukturellen, personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflusst, was sich in der Literatur bestätigt (Rizvi et al., 2023). Die teilnehmenden Einrichtungen zeichneten sich durch heterogene Strukturen entsprechend ihrer Art aus und brachten unterschiedliche infrastrukturelle Voraussetzungen mit. So hatten beispielsweise nur knapp die Hälfte einen separaten Raum für Coaching-Gespräche zur Verfügung. Diese strukturellen Unterschiede unterstreichen, dass für die Annahme der neuen Versorgungsform entsprechende Ressourcen notwendig sind (Bach-Mortensen et al., 2018). Solche Rahmenbedingungen sind klassische Adoptionsdeterminanten: Fehlende Räume und knappe Zeitressourcen werden in der Implementierungsforschung wiederholt als Barrieren auf Organisations-/Teamebene beschrieben; vorhandene Routinen und passfähige Rollenprofile wirken als fördernde Faktoren (Albers et al., 2022).

Einige der rekrutierten onkologischen **Versorgungseinrichtungen** gaben an, bereits vor Studienbeginn Beratung durch nichtärztliches Personal etabliert zu haben, was Vorerfahrung und Offenheit bezüglich der Intervention des Versorgungspfades OnCoPaTh zeigt. Im Zuge dessen spielt die organisationale Anschlussfähigkeit eine Rolle. Einrichtungen mit bereits etablierten nichtärztlichen Beratungs- oder Unterstützungsstrukturen erwiesen sich als besonders aufnahmebereit gegenüber dem OnCoPaTh-Modell. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung bestehender Routinen und organisationaler Kulturen für die Adoption innovativer Versorgungsmodelle. Internationale Studien zeigen ebenfalls, dass niedrigschwellige und gut organisierte interprofessionelle Strukturen die Wahrscheinlichkeit erfolgreicher Implementierung erhöhen (McGuier et al., 2024; McNaughton et al., 2021).

Quantitative Daten belegen, dass die Zahl der aktiven Einrichtungen über die Studienphasen hinweg relativ stabil blieb und es in der IG geringfügig mehr Aktivität gab hinsichtlich Coaching-Gesprächen und OC-KoPP-Konsilen. Qualitative Interviews ergänzen diese Perspektive, indem sie die Heterogenität der Umsetzung verdeutlichen: Engpässe bei zeitlichen Ressourcen, fehlende Räumen für Gespräche und Personalengpässe beeinflussten die Umsetzungstiefe und erschwerten insbesondere die eigenständige Rolle der KoPPs. Die OnCoPaTh-Studie zeigt, dass strukturelle Faktoren wie Zeit, Räume und Personalressourcen die Tiefe und Qualität der Adoption beeinflussen. Diese Erkenntnisse stimmen mit der Implementierungsforschung überein, die betont, dass organisatorische Rahmenbedingungen wesentliche Barrieren oder Förderfaktoren für die Einführung von Innovationen darstellen (bspw. innere Domäne des CFIR) (Damschroder et al., 2022). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die „Implementierbarkeit“ von Interventionen, die durch Faktoren wie organisatorischen Kontext, Implementierungsstrategien und die Wahrnehmung der Intervention durch die Beteiligten beeinflusst wird. Die Adoption kann als mehrdimensionaler Prozess betrachtet werden, wobei dieser dem Konzept der Implementierbarkeit von Gesundheitsinterventionen entspricht. Das Konzept umfasst fünf Dimensionen: Akzeptanz, Umsetzbarkeit, Machbarkeit, Skalierbarkeit und Nachhaltigkeit, welche entscheidend für die erfolgreiche Einführung,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Annahme und langfristige Etablierung von Interventionen im Gesundheitswesen sind (Klaic et al., 2022).

Die **OCs** spielten eine zentrale **Rolle** bei der Adoption des Projekts. Quantitative Ergebnisse zeigen eine hohe Zustimmung zur eigenen Rolle in der onkologischen Versorgung, steigende Selbstwirksamkeit und zunehmende fachliche Kompetenz über die Zeit. Die qualitative Perspektive unterstreicht, dass Patient*innen die OCs als zentrale Ansprechpersonen wahrnehmen, die neben fachlicher Kompetenz vor allem durch Empathie, Verfügbarkeit und individuelle Betreuung Vertrauen in der Patientenbeziehung schaffen. Insbesondere die Kombination aus fachlicher Expertise, Empathie und kontinuierlicher, niedrigschwelliger Betreuung stellte für Patient*innen einen zentralen Aspekt erfolgreicher Adoption dar. Dies deutet darauf hin, dass die Adoption auf Einrichtungsebene nicht nur formell (bloße Teilnahme) erfolgte, sondern sich auch funktional (in der Qualität der Betreuung und der gelebten Rolle im Versorgungsalltag) widerspiegelte. Gleichzeitig zeigt sich an den Patientenberichten die Schnittstelle zwischen Adoption und Implementation: Während die Bereitschaft der Einrichtungen und Fachkräfte die Grundlage darstellt, entscheidet letztlich die konkrete Ausgestaltung der Interaktion über die wahrgenommene Wirksamkeit. Förderliche Faktoren der Adoption umfassten strukturierte Schulungen, Weiterbildungen, Implementierungsworkshops, organisatorische Unterstützung durch das Team und die Eigeninitiative der OncoCoaches. Gleichzeitig wurde deutlich, dass zeitliche und räumliche Ressourcenlimitationen, weitere organisationale Limitierungen sowie Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema der (frühen) palliativen Versorgung Hemmnisse darstellen. Die Kombination aus quantitativen Kompetenzsteigerungen und der qualitativen Wahrnehmung von Vertrauen und Versorgungskompetenz zeigt, dass Adoption nicht nur formal über Schulungen erfolgt, sondern funktional über Identifikation, Anwendungskompetenz und Integration in die Versorgungspraxis.

Die **KoPPs** erweitern dieses Bild, indem sie zeigen, dass erfolgreiche Adoption nicht nur von der Rolle einzelner Akteure abhängt, sondern eine klar definierte Rolle und Aufgaben in der Versorgung, institutionelle Rückendeckung und interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig sind. In der IG waren KoPPs klar(er) in Aufgaben wie Symptomkontrolle, Beratung, Koordination und emotionale Begleitung eingebunden und konnten eigenständige Verantwortung übernehmen. In der VG II hingegen blieben die Aufgaben tendenziell vage, stark an den*die OC gebunden und wurden dadurch teilweise als demotivierend oder ineffizient wahrgenommen. Die klare Definition der Rolle der KoPPs in der IG führte zu einer aktiveren und eigenständigeren Umsetzung, während in der VG II Unklarheiten und Rollenkonflikte die Adoption erschwerten. Diese Ergebnisse spiegeln die Bedeutung einer klaren Rollendefinition und interprofessionellen Zusammenarbeit wider, die als förderliche Faktoren für die Adoption von Gesundheitsinterventionen identifiziert wurden (Bittner, 2018; Kesonen et al., 2024). Hemmende Faktoren für die Annahme der Rolle der KoPP umfassten Zeitmangel, Rollenkonflikte, fehlende Akzeptanz im Team, geringe Zahl geeigneter Patient*innen und Vorbehalte gegenüber dem Begriff „Palliativversorgung“. Weitere förderliche Faktoren für die Rollenintegration waren gezielte Schulung, Teamunterstützung, institutionelle Rückendeckung und die strukturelle Integration der KoPP-Rolle in bestehende Abläufe der Einrichtungen. Die Miro-Board-Analysen der KoPPs illustrieren, dass in der IG die KoPPs und OncoCoaches konsistent(er) als Bindeglieder in multiprofessionellen Netzwerken integriert wurden, während in der VG II die Rolle der KoPPs punktuell blieb und innovative

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Schnittstellen nur sporadisch implementiert wurden. Ein ähnliches Bild ergab sich bei der Analyse der OC-Perspektive und deren Interviews.

Die **Corona-Pandemie** stellte einen externen Stressor dar, der grundsätzlich die Ressourcenverfügbarkeit (insbesondere Personal) beeinflusste bzw. verschärfte. Jedoch hatte die Pandemie nach Angaben des Gesundheitspersonals keine direkte Auswirkung auf die Behandlung(-squalität) der Patient*innen sowie auf die grundsätzliche Bereitschaft zur Adoption. Diese Beobachtung steht im Einklang mit der Literatur, die zeigt, dass externe Faktoren wie Krisen sowohl Barrieren als auch Katalysatoren für die Einführung von Innovationen sein können (Leyens et al., 2022; Moeenian et al., 2024).

Die Integration der quantitativen und qualitativen Ergebnisse verdeutlicht, dass die **Adoption** ein dynamischer, kontinuierlicher Prozess ist, der sich über die Zeit entwickelt. Die kontinuierliche Schulung, Teamunterstützung und strukturelle Integration sind entscheidend für die nachhaltige Implementierung und Annahme einer Intervention auf Anwenderseite. Diese Erkenntnisse entsprechen dem RE-AIM-Modell, das die verschiedenen Phasen der Implementierung berücksichtigt und die Notwendigkeit einer langfristigen Perspektive betont (Russell E. Glasgow & Estabrooks, 2018). Die quantitative Stabilität der Beteiligung von Einrichtungen und OncoCoaches spiegelt sich in den qualitativen Daten in wachsender Sicherheit, Identifikation und professioneller Umsetzung wider. Gleichzeitig zeigen qualitative Daten, dass strukturelle Limitierungen, Ressourcenengpässe und pandemiebedingte Belastungen die Tiefe bzw. Intensität der Adoption einschränken, auch wenn das Konzept des Projekts von Patient*innen und Fachpersonal als wertvoll und relevant wahrgenommen wird. Besonders deutlich wird, dass die erfolgreiche Adoption neuer Rollen wie der von KoPPs nicht allein durch Schulungen oder fachliche Kompetenz gesichert werden kann, sondern auf einer Kombination aus organisatorischer Eingliederung, Teamunterstützung, klaren Rollendefinitionen und zeitlichen Ressourcen beruht.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass die IG durch eine aktive, reflektierte Auseinandersetzung mit neuen Rollen die Adoption begünstigte und sowohl patientenbezogene als auch organisatorische Vorteile erzielte. Die VG II hingegen verzeichnete zwar grundsätzlich Zustimmung zu den Projektzielen, konnte die Rollen jedoch tendenziell nur begrenzt eigenständig integrieren, was die Nachhaltigkeit der Adoption einschränkte. Diese Befunde unterstreichen, dass für die erfolgreiche Adoption von komplexen Versorgungsinterventionen wie OnCoPaTh eine enge Verzahnung von Schulung, struktureller Unterstützung und interprofessioneller Teamarbeit notwendig ist, um sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Akzeptanz und Identifikation der Fachkräfte sicherzustellen. Die Ergebnisse der OnCoPaTh-Studie bestätigen und erweitern bestehende Modelle der Implementierungsforschung. Die erfolgreiche Adoption von Gesundheitsinterventionen erfordert eine ganzheitliche Betrachtung, die strukturelle, organisatorische und zwischenmenschliche Faktoren integriert. Zukünftige Implementierungsstrategien sollten diese Dimensionen berücksichtigen, um die nachhaltige Einführung und Etablierung von Innovationen im Gesundheitswesen zu fördern.

<u>Adoption – KoPP</u>

Die Erreichbarkeit der vorgesehenen Zielgruppe der KoPPs stellte im Rahmen des OnCoPaTh-Projekts eine zentrale Herausforderung dar. Bereits die Entwicklung der Teilnahmezahlen über die Projektzeit hinweg deutet auf eine begrenzte Reichweite hin: Während zu

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Projektbeginn (T0) noch 39 Palliativpflegefachkräfte an der schriftlichen Befragung teilnahmen, reduzierte sich diese Zahl bis zum letzten Erhebungszeitpunkt (T6) auf 26. Auch wenn durch eine ergänzende Online-Befragung eine größere Fallzahl erreicht wurde, konnte damit die spezifische Beteiligung innerhalb der Interventionslogik des Projekts nicht vollständig abgebildet werden. Die Zahl aktiv beteiligter KoPPs lag über den Projektverlauf bei 34, was angesichts des hohen Aufwands in der Rekrutierung und Implementierung auf strukturelle Begrenzungen hinweist.

Die qualitativen Interviewdaten unterstreichen diese Befunde und liefern wertvolle Einblicke in die Ursachen der begrenzten Annahme. Wiederholt wurden externe Rahmenbedingungen, wie pandemiebedingte Belastungen und limitierte Patientenzahlen, als zentrale Hemmnisse benannt. Hinzu kamen Herausforderungen auf Seiten der Patient*innen selbst, insbesondere hinsichtlich ihrer individuellen Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit palliativen Unterstützungsangeboten. In mehreren Fällen wurde deutlich, dass Patient*innen aufgrund des späten Krankheitsstadiums oder mangelnder Aufklärung eine Teilnahme ablehnten oder nicht mehr für eine frühzeitige palliative Begleitung im Sinne der Projektziele infrage kamen.

Ein wesentliches Hindernis bestand zudem in der praktischen Umsetzung innerhalb der beteiligten Versorgungseinrichtungen. Die Interviews machen deutlich, dass OnCoPaTh trotz inhaltlicher Relevanz in einigen Praxen nicht aktiv mitgedacht oder systematisch in die Versorgungspfade integriert wurde. Die Rolle der KoPPs blieb in diesen Fällen ungenutzt, weil Patient*innen nicht identifiziert oder an das Projekt gemeldet wurden. Der Mangel an interner Kommunikation sowie die unklare Verantwortung für die Projektanbindung führten vereinzelt zu monatelangen Phasen ohne neue Patientenkontakte. Wie Axén et al. (2021) betonen, ist ein aktiver Rekrutierungsprozess, einschließlich persönlicher Ansprache, kontinuierlicher Kommunikation und gezielter Einbindung von Stakeholdern, entscheidend, um die Reichweite interventioneller Versorgungsprojekte zu maximieren. Ohne eine solche strategische Dissemination gelingt es häufig nicht, die Zielgruppe angemessen zu erreichen und die Implementierung der Intervention nachhaltig im Versorgungsalltag zu verankern (Axén et al., 2021).

Bemerkenswert ist, dass entsprechende Problemlagen besonders häufig von Interviewpartner*innen aus der IG angesprochen wurden. Dies könnte auf ein gesteigertes Problembewusstsein aufgrund der engeren Projektanbindung hinweisen oder aber auf höhere Erwartungen, die sich nicht erfüllten. In beiden Fällen wird deutlich, dass die Reichweite nicht nur durch externe Faktoren begrenzt war, sondern maßgeblich von den strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten innerhalb der Praxen abhing. Auch der systematische Übersichtsartikel von Alkan et al. (2024) verdeutlicht, dass strukturelle und organisationale Faktoren maßgeblich über den Erfolg von Rekrutierungsbemühungen entscheiden. So erweisen sich insbesondere die Einbettung in bestehende Versorgungssysteme, institutionelle Rückendeckung und ausreichende personelle Ressourcen als entscheidende Voraussetzungen für eine breite Zielgruppenerreichung (Alkan et al., 2024).

Insgesamt zeigt sich, dass eine erfolgreiche Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle wie OnCoPaTh nicht allein durch die Konzeption des Angebots bestimmt wird, sondern wesentlich von der Fähigkeit abhängt, dieses Angebot innerhalb der Versorgungsstrukturen sichtbar zu machen, aktiv zu kommunizieren und institutionell zu verankern. Für künftige Projekte ergibt sich daraus die Notwendigkeit, bereits in der Vorbereitungsphase gezielte Maßnahmen zur internen Sensibilisierung, zur Schärfung der Verantwortlichkeiten sowie zur Unterstützung der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Patientenselektion zu implementieren. Nur so kann gewährleistet werden, dass neue Rollen wie die der KoPPs ihr Potenzial tatsächlich entfalten und systematisch zur Verbesserung der Versorgung beitragen können.

Zudem bezieht sich die Dimension „Adoption“ des RE-AIM-Modells auf die Bereitschaft von Fachpersonen und Institutionen, ein neues Versorgungsmodell anzunehmen und in die eigene Praxis zu integrieren. Im OnCoPaTh-Projekt zeigt sich die Adoption auf verschiedenen Ebenen, sowohl individuell, z. B. im Rollenverständnis der KoPPs, als auch institutionell, etwa in der strukturellen Integration neuer Aufgabenprofile.

Quantitativ lassen sich über die Befragungszeitpunkte hinweg stabile Gruppenstrukturen und ein weitgehend konsistentes soziodemografisches Profil der Teilnehmenden beobachten. Der überwiegende Teil der KoPPs verfügte über mehrjährige Berufserfahrung, insbesondere in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung, und wies zahlreiche Zusatzqualifikationen auf. Dies legt nahe, dass das Projekt auf eine beruflich etablierte und grundsätzlich qualifizierte Zielgruppe traf. Die kontinuierliche Teilnahme an den schriftlichen Befragungen deutet auf eine hohe Bindung an das Projekt hin, wenngleich die Teilnahmezahlen im Verlauf leicht rückläufig waren. Unterschiede zwischen IG und VG II zeigten sich beispielsweise in der Häufigkeit bestimmter Qualifikationen sowie im Anteil akademisch ausgebildeter Pflegekräfte, die in der VG II stärker vertreten waren.

Qualitativ zeigt sich ein vielschichtiges Bild der Adoption: Während in beiden Gruppen von einem grundsätzlichen Verständnis und einer positiven Einstellung gegenüber dem Projekt ausgegangen werden kann, variiert die Tiefe der Auseinandersetzung mit der neuen Rolle der KoPPs deutlich zwischen IG und VG II.

In der IG lässt sich über die Zeit eine zunehmende Integration der KoPP-Rolle in bestehende Versorgungsstrukturen erkennen. Die Aussagen der Befragten verdeutlichen, dass sich die Aufgaben der KoPPs, etwa in der Symptomkontrolle, Beratung, Koordination und vorausschauenden Versorgungsplanung, zunehmend konkretisierten. Gleichzeitig wurden auch Spannungsfelder sichtbar, was die Abgrenzung zu ärztlichen oder psychologischen Aufgaben betrifft, sowie zeitliche Ressourcenengpässe oder Fragen des Teamverständnisses. Diese Ambivalenz spricht für eine hohe inhaltliche Auseinandersetzung und eine aktive, wenngleich teils herausfordernde Implementierung. Unterstützende Faktoren wie gezielte Schulungen, der Austausch mit Kolleg*innen sowie institutionelle Rückendeckung förderten die Rollenanpassung und das Verantwortungsbewusstsein in der IG. Internationale Implementations-Studien bestätigen, dass die Adoption neuer Rollen wie jene der KoPP nur dann nachhaltig gelingt, wenn gezielte Adoptionsstrategien greifen, darunter Schulungen, Feedbackzyklen und die Einbindung von Schlüsselpersonen (Opinion Leaders) im organisationalen Umfeld (Fontaine et al., 2024). Zentrale Rahmenbedingungen wie eine unterstützende Leitungsebene, verlässliche Ressourcen und eine funktionierende Kommunikation innerhalb des Teams wirken entscheidend auf die tatsächliche Verwendung der neuen Rollen in der Praxis (Furtado et al., 2024).

In der VG II fiel die Rollenübernahme weniger stark ausgeprägt aus. Viele KoPPs agierten unter strukturellen Einschränkungen, etwa durch begrenzte Handlungsspielräume oder fehlende direkte Kommunikationswege mit anderen Versorgungsakteuren. Diese Einschränkungen führten wiederholt zu Frustration und wurden als ineffizient oder demotivierend erlebt. Die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

KoPPs in der VG II beschrieben ihre Rolle daher häufiger vage oder auf unterstützende Tätigkeiten reduziert, was auf eine verzögerte oder nur partielle Adoption schließen lässt.

Auch die Miro-Board-Analysen stützen diese Beobachtungen: In der IG entwickelten sich über die Zeit zunehmend komplexe, multiprofessionelle Netzwerke mit eindeutig definierten Akteur*innen und Rückkopplungsstrukturen. Die projektbezogenen Rollen wie KoPP oder OncoCoach waren in den Netzwerken konsistent präsent. In der VG II dagegen blieb die Versorgung stärker im klassischen Rahmen verortet; projektbezogene Strukturen wurden seltener aufgegriffen oder nur punktuell eingebunden.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Adoption nicht als einmaliger Akt, sondern als kontinuierlicher und kontextabhängiger Prozess zu verstehen ist. Die vertiefte Reflexion in Interviews und Visualisierungen legt nahe, dass sich hier eine intensivere Implementierungsdynamik entfaltet hat, mit allen damit verbundenen Chancen und Herausforderungen. Die VG II hingegen zeigt eher Anzeichen einer formal akzeptierten, aber weniger tiefgreifend gelebten Rollenintegration.

Zukünftig sollten strukturelle Voraussetzungen, wie klare Rollendefinitionen, Kommunikationswege und institutionelle Unterstützung, frühzeitig geschaffen werden, um die Adoptionsbereitschaft und -fähigkeit aller Beteiligten nachhaltig zu fördern.

4.1.2.4 Implementation

Tabelle 186 zeigt das Joint Display der Dimension Implementation.

Tabelle 186: Joint Display – Dimension Implementation

Aspekt der Implementation	Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse	Meta-Inferenz (Integration)
Umsetzungstreue	Im Gruppenvergleich in der IG: im Mittel mehr Patient*innen pro Einrichtung eingeschlossen; erreichte Fallzahlen: 377 Patient*innen in der VG I, C-RCT: 234 in der IG und 214 in der VG II; Nutzung der Elemente der neuen Versorgungsform während der Studienlaufzeit (Abfrage zu T6): OncoCoaching von >80 % der Befragten OCs durchgeführt, KoPP-Einbindung: IG mit 40 % etwas häufiger als VG II (37 %), Konsile mit Onkolog*innen bei ca. 60 % der befragten OCs, Austausch OC mit KoPP bei 35 % (IG doppelt so hoher Anteil mit	Patient*innen berichteten von einer Bandbreite an Kontakthäufigkeiten mit dem onkologischen Fachpersonal ihrer Einrichtung: wöchentlich bis quartalsweise (OncoCoaching-)Gespräche – zum Teil vermehrter Austausch zu Beginn der Studie, der mit der Zeit abnahm und sich bedürfnisorientiert entwickelte; Patient*innen berichteten von proaktivem Verhalten der OCs: Regelmäßige Kontaktaufnahme durch	Insb. das OncoCoaching konnte flächendeckend und systematisch umgesetzt werden; wobei sich Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung des Coachings in den Einrichtungen zeigten; KoPP-Einbindung erfolgte nicht flächendeckend sondern teilweise – in der IG zeigten sich Tendenzen einer strukturierteren Umsetzung (mehr OC-KoPP-Konsile), Erklärungsansätze: Hemmschwelle und Stereotypisierung von

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	50 % wie in der VG II), KAM-Datenbank (IG) kaum genutzt, verstärkter interdisziplinärer Austausch im Behandlerteam bei 31 %, Dokumentation im eCRF erfolgte bei ca. 70 %; Teilnahme an Review-Meetings und Meet&Greet-Veranstaltungen in der IG deutlich höher als in der VG II; Fortführung von OnCoPaTh nach Studienende planten 69 % – 17 % planten keine	OC falls sich Patient*innen nicht meldeten; Art des Austauschs: in der Regel persönlich, ergänzend telefonisch; KoPP-Angebot in wenigen Fällen angenommen und kontinuierlich stattgefunden – wenig subjektiver (patientenseitig und OC-seitig) Bedarf	„Palliativ“, subjektiv kein Bedarf für palliative Versorgung und damit auch KoPP
OncoCoaching	Im Gruppenvergleich in der IG: im eCRF etwas mehr Coaching-Gespräche dokumentiert, deutlich größerer Anteil längerer Erstgespräche (41-60 Minuten), größerer Anteil an telefonischen Coaching-Gesprächen sowie häufigere Anwesenheit von Angehörigen während des Gesprächs; laut eCRF-Dokumentation erhielt nicht jede*r Patient*in ein OC-Gespräch; häufigster Inhalt der Sprechstunden- bzw. Arztkontakte: medikamentöse Therapie und/oder die Verlaufskontrolle; Patient*innen (schriftlich): Mehrheit empfindet Betreuung als hilfreich und verständlich; hohe Zufriedenheit	Großteil der Patient*innen berichtete (Onco)Coaching-Gespräche erhalten zu haben; vereinzelt waren Patient*innen mit dem Begriff des OCs nicht vertraut und konnten ihn in ihrer Versorgung nicht einordnen – manche hätten sich OC gewünscht, manche äußerten keinen Bedarf; einzelne Aussagen verdeutlichen, dass Einrichtungen ihre Ressourcen (wie bspw. das Coaching) hinsichtlich der Intensität an den Bedarf von Patient*innen anpassten und differenzierten; gut versorgte Patient*innen (bspw. durch privates Umfeld) berichteten grds./zum aktuellen Zeitpunkt keinen Bedarf für OC – erachteten das Angebot OC aber als sinnvoll für den Bedarfsfall (bspw. bei aufkommenden Fragen,	Potenzielle Erklärung für die Abweichung zwischen OC-Gesprächen (quantitativ) vs kein OC (qualitativ): Es ist anzunehmen, dass Patient*innen sich der Bestandteile der neuen Versorgungsform (bspw. das OncoCoaching) nicht immer bewusst waren bzw. diese gesondert wahrnahmen – die Patient*innen nahmen diese Elemente als Bestandteil ihrer regulären onkologischen Versorgung wahr; Patient*innen berichteten von unterschiedlicher und angepasster Intensität sowie Durchführung des OncoCoachings (bspw. Häufigkeit und Länge der Gespräche); OncoCoaching wurde grds. als sinnvolles Angebot patientenseitig erachtet – Relevanz dessen erst im Bedarfsfall (bspw.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		verschlechtertem Zustand); Patient*innen berichteten von der Durchführung der OC-Gespräche in separatem Raum aber auch „zwischen Tür und Angel“ (bspw. bei Erhalt der Chemotherapie), zeitliche Ressourcen des Fachpersonals bzw. Auslastung der Einrichtung nahmen Einfluss bspw. auf die Länge und Intensität der OC-Gespräche → Insgesamt hatten die Patient*innen jedoch das Gefühl, dass sich das Fachpersonal ausreichend Zeit für sie nahm; Patient*innen: Positive Effekte des Coachings auf Informationsvermittlung, Sicherheit und Koordination der Versorgung	verschlechterter Gesundheitszustand)
(Rolle der) OCs	Arbeitsbedingungen: Feste Sprechstundenzeiten (Coaching) hatten ca. 1/3 eingerichtet; separate Räume wurden mit zunehmender Projektlaufzeit häufiger genutzt; Coaching-Frequenz: Zu T1 führten die meisten OCs 6–10 Gespräche pro Woche, zu T6 überwiegend 1–5 Gespräche; Arbeitszufriedenheit: insgesamt positive Einschätzung, jedoch Unterschiede zwischen den Facetten: Tätigkeiten und Kolleg*innen: überwiegend hohe	Patient*innen erachteten OC als niedrigschwelliges und persönlicheres Angebot (im Vergleich zu ärztlichem Personal) für (Rück-)Fragen und insb. Anliegen nicht medizinischer Natur (bspw. Anträge) – patientenseitig bestand die Möglichkeit alle Themen zu besprechen; große Vertrauensbasis zu OC – diese wird u.a. durch Kontinuität in der Versorgung durch dieselbe Ansprechperson	OCs wurden strukturell implementiert, bildeten persönliche Anlaufstelle und trugen damit maßgeblich zur Akzeptanz und Wirksamkeit der neuen Versorgungsform bei, stellten Schlüsselakteure in der Patientenbindung (konstante Ansprechperson im Rahmen der Patientenversorgung) wie auch in der praktischen Umsetzung der neuen Versorgungsform dar;

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Zufriedenheit, Entwicklungsmöglichkeiten und Bezahlung: eher mittlere Zustimmung, Gesamtzufriedenheit: leicht rückläufig im Zeitverlauf, Arbeitsklima: durchgehend positive Werte (zum letzten Erhebungszeitpunkt T6 etwas niedriger); hinsichtlich Gesundheitskompetenz (HLHO-10): IG-OCs wiesen tendenziell höhere Werte auf, im Längsschnitt näherten sich die Werte der IG denen der VG I an; VG II zeigte durchgehend niedrigere Mittelwerte; Gefühl, dass sich die Schulung positiv auf die eigene berufliche Qualifikation auswirkte hatten 70 % der befragten OCs zu T1; Einstellung zum Wandel (Change Attitude Scale): Mehrheit erkannte Nutzen und Notwendigkeit der neuen Versorgungsform (positive Einstellung)	(OC) geschaffen; dieser Wunsch dauerhaft von derselben Person betreut zu werden und im Wesentlichen eine Ansprechperson zu haben wurde explizit geäußert = wurde als vertrauensstiftend erlebt; OCs entwickelten ihre Rolle von Studienorganisation hin zu kontinuierlicher Patientenbetreuung und Vermittlung (anfangs Fokus auf Studienorganisation, später stärker auf Betreuung der Patient*innen und Vermittlerrolle zwischen Patient*innen und anderen Versorgenden); Typische Aufgaben: Therapieaufklärung/-begleitung, Monitoring von Nebenwirkungen, Beratung zu Pflege, Ernährung, Komplementärmedizin, Einbindung von Angehörigen, Vorbereitung von Gesprächen; OCs tragen zur Entlastung der Onkolog*innen	strukturelle Rahmenbedingungen (z. B. Ressourcen, Karriereperspektiven) müssen für eine langfristige Verstetigung weiter gestärkt werden; Wandel der OC-Rolle über die Zeit (primär Studienorganisation → kontinuierliche Patientenbetreuung und Vermittlerrolle in der Versorgung); OCs entlasten Ärzt*innen; Beziehungsorientierte Betreuung: ganzheitliche Sicht auf Patient*innen, Aufbau von Vertrauen und Sicherheit, Aufwertung der eigenen Tätigkeit (wenn Handlungsspielräume ärztlicherseits erfolgen): Strukturierung der eigenen Arbeit, Initiierung von Prozessen und Empfehlungen, interprofessionellere Zusammenarbeit (auch intersektoral eben bspw. Palliativ)
KoPP – frühe palliative Integration und Pflege	Im Gruppenvergleich in der IG: gleich niedriger Anteil an Informationsweiterleitung von OC nach Coaching-Gespräch an die KoPP dokumentiert, insgesamt mehr Konsile dokumentiert, ca doppelt so viele Kontaktaufnahmen (12 %)	KoPP war häufig kein Thema für die Patient*innen und entsprechend erfolgte auch keine Betreuung durch KoPP – der Begriff und die Thematik „Palliativ“ sind stark stigmatisiert und daher	Konzept der frühen palliativen Integration in der Form und Rolle der KoPP konnte nicht flächendeckend erfolgen – Integration erfolgte stellenweise aber nicht systematisch in allen Einrichtungen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	durch KoPP, in der VG II mehr Patient*innen Interesse an KoPP (ca. 1/4 der Patient*innen), das Thema der KoPP wurde weniger häufig nicht thematisiert (bei ca. 1/5 der Patient*innen), bei Kontaktaufnahme durch KoPP sowie bei Interesse an KoPP und folgender Kontaktaufnahme durch KoPP erfolgten im Schnitt etwas weniger Gespräche; frühe palliative Begleitung fand grds. breite Zustimmung bzw. wurde angestrebt bei den OCs (87 % T0 → 76 % T6); Nach der Schulung (zu T1) gaben 57 % der befragten OCs an, dass es Palliativpflegefachkräfte gab mit denen zusammengearbeitet wurde – und 38 %, dass es eine Palliativpflegefachkraft (KoPP) als konkrete Ansprechperson gab (zu T6 waren es 41 %); KoPPs (schriftlich): Hohe Akzeptanz von OnCoPaTh, Mehrheit sieht Nutzen für Patient*innen	ungewünscht sowie unangenehm; Interviews deuten darauf hin, dass Patient*innen häufig nicht auf KoPP-Konzept angesprochen wurden – da nach subjektiver Einschätzung der Patient*innen sowie zum Teil des behandelnden nichtärztlichen Personals (OC) (noch) kein Bedarf für palliative Betreuung bestand; Zeitpunkt der palliativen Einbindung: Frühe palliative Integration in der Regel kein Thema gewesen; Palliative Versorgende (nicht nur KoPP – Palliativstationen, SAPV, ambulante Netzwerke) zunehmend eingebunden; Verständnis von Palliativversorgung: Anfangs meist „klassisch“ (am Lebensende, nach kurativer Therapie, bei starker Zustandsverschlechterung = Zeitpunkt der Integration) – Wandel im Studienverlauf erkennbar (zunehmend begleitend, unterstützend auch nicht medizinisch, auch zur Vorbereitung und Bekanntmachung für Patient*innen, Einbindung frühzeitig nach Diagnosestellung)	(quantitativ keine großen relativen Anteile); Palliative Integration erfolgte oftmals nicht frühzeitig sondern „regulär“ zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt; Einbindung palliativer Pflege wurde zum Teil adaptiert und je nach Einrichtung anders gehandhabt (über bspw. vorhandene Strukturen wie ein SAPV-Team); Tendenzen zum Wandel des Verständnisses und der Akzeptanz von (früher) palliativer Versorgung im Studienverlauf; <u>Fördernde Faktoren:</u> bestehende Strukturen/Strukturen etablieren, Implementierungshilfen, Patient*innen-Aufklärung, Angehörigenbeteiligung; <u>Hemmende Faktoren:</u> Patient*innen- oder Einrichtungseinstellung, OCs-Hemmungen, fehlende Implementierungshilfe, unklare Rollendefinition, fehlender Bedarf oder Zugang, Rollenkonflikte/Rollendefinition

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(Rolle der) KoPP	KoPPs (schriftlich): Teilweise variable Einbindung in Abläufe; Organisationale Gesundheitskompetenz (HLHO-10): Mittelwerte über alle Zeitpunkte stabil zwischen, keine klaren Gruppenunterschiede (IG vs VG II); Kommunikation und Teamarbeit (UWE-IP): Positiv bis neutral eingeschätzte Fähigkeiten über alle Zeitpunkte, keine relevanten Gruppenunterschiede, interprofessionelle Interaktion: ebenfalls stabile Mittelwerte, geringe Unterschiede zwischen Gruppen; Informationsfluss und interprofessionelle Kommunikation bleiben zentrale Herausforderung – Intervention zeigt leichte Verbesserungen bei Einbindung von Angehörigen und Fallkonferenzen, aber Defizite bei institutionellen Schnittstellen bestehen weiterhin, insgesamt: Strukturierter Austausch: Niedrig, IG leicht besser als VG II; Intervention fördert erste Umsetzung von interprofessionellen Versorgungsstrukturen (bspw. Fall- und Tumorkonferenzen), Digitalisierung und formale Dokumentation bleiben Entwicklungsbereiche	KoPPs (Interviews): Wahrnehmung von Mehrwert der KoPP-Rolle für Patient*innen und Teamarbeit; OCs: teilweise Wahrnehmung von Nutzen der KoPP – nicht pauschal, OC-seitig auch z.T. Vorbehalte gegenüber palliativer Versorgung; Fokus auf strukturelle Einbindung, Notwendigkeit klarer Prozesse, Meetings, gemeinsame Dokumentation zum Austausch; Strukturelle Hürden (bspw. Zeitaufwand, Abstimmung mit OCs und Ärzt*innen) – erschweren vor allem eine kontinuierliche Betreuung; Integration von KoPPs wird durch Rollenverständnis, Akzeptanz bei Patient*innen und bestehende Strukturen gefördert; Hemmnisse bestehen vor allem bei fehlender Klarheit, Bedarf oder Zugänglichkeit; Rolle der KoPPs: Kontaktaufnahme, kontinuierliche Betreuung, Beratung (insb. nicht medizinisch), Hausbesuche, organisatorische Abstimmung, teils eingeschränkter Handlungsspielraum; Rollenselbstverständnis:	Grds. potenzielle Wahrnehmung der KoPP als Mehrwert – Erfolgreiche Integration der frühen palliativen Versorgung in Form der KoPP hängt von organisatorischen Anpassungen (auch Ressourcen: Zeit, organisatorische Unterstützung) und klaren Rollen ab, Abbau von Vorbehalten (durch bspw. vermehrte Aufklärung) und Arbeit an der Einstellung gegenüber palliativer Versorgung – diese Barrieren gilt es zu adressieren; sensible und adäquate Ansprache des Themas „Palliativ“ sowie die Haltung zu dem Thema „KoPP“ als entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		Als Bindeglied zwischen Patient*innen, Angehörigen und dem onkologischen Behandlerteam	
Interprofessionelle Zusammenarbeit – OC mit Onkolog*in und OC mit KoPP	Im Gruppenvergleich in der IG: Höherer Anteil an Austausch mit Onkolog*in vor dem OC-Gespräch dokumentiert aber geringerer Anteil an Austausch nach dem Gespräch, mehr schriftlicher und weniger telefonischer Austausch zur Informationsweiterleitung, häufiger Informationen und Empfehlungen von KoPP erhalten; Mehrheit sah Verbesserungspotenzial, besonders in der Einbindung von Angehörigen und beteiligten Professionen; ca. 50 % der OCs (zu T0 und T1) sahen in der weiteren Zusammenarbeit Verbesserungsmöglichkeiten → Verbesserungswünsche: zeitliche Ressourcen (insb. für Kommunikation), bessere Einbindung Angehöriger, strukturierte Überleitungsprozesse, mehr Wertschätzung und Anerkennung der OC-Rolle durch ärztliches Personal, Wunsch nach engerem Austausch untereinander (Workshops, gemeinsame Besprechungen); Ärzt*innen gaben Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen der palliativen Versorgung an (zu T2 ca. 1/3 der Befragten, zu T4 ca. die Hälfte); ein kontinuierlicher	Interprofessionelle Kommunikation hängt stark von Zeit, Erreichbarkeit (möglichst niedrigschwellig), gegenseitiger Wertschätzung und Verständnis, etablierten Kommunikationswegen (intersektoral auch) ab; Kommunikation OC – KoPPs: überwiegend funktional/informierend, teils Aushandlung, Rollenabgrenzung thematisiert; Kommunikation OC – Onkolog*innen: meist Rückfragen, Fallbesprechungen, organisatorische Absprachen, Empfehlungen selten initiativ; Kooperation zwischen KoPP und onkologischem Behandlerteam (insb. OCs) verbesserte sich über die Projektlaufzeit – anfänglich Kommunikationslücken, fehlende Rückmeldungen und Probleme durch Datenschutzregelungen; Lösungsansätze: Digitale Plattformen und bessere Schnittstellen zum Austausch; weitere Hemmnisse: persönliche Faktoren wie Motivation	Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist funktional, aber ausbaufähig: Kommunikation zwischen OCs, KoPP und Onkolog*innen erfolgt überwiegend informierend, Austausch hängt stark von Zeit, Erreichbarkeit und gegenseitiger Wertschätzung ab. Verbesserungen über die Projektlaufzeit sind erkennbar, strukturelle und persönliche Faktoren (Ressourcen, Motivation, Datenschutz, Rollenklärung) limitieren die Zusammenarbeit

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen wurde von ca. 4/5 bestätigt; Verbesserungsmöglichkeiten, die ärztlicherseits betont wurden: Kommunikation, Koordination der Versorgung, Integration und Umsetzung der palliativen Versorgung, Personalmangel; Ärzt*innen sowie OC-Befragung – UWE-IP: Subskala „Kommunikation & Teamarbeit“ zeigte positive Bewertung der eigenen Fähigkeiten und „Interprofessionelle Interaktion“ zeigte neutrale Wahrnehmung; Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal der eigenen Versorgungseinrichtung nach Abschluss der Schulung (T1) sahen 44 % der OCs – gegen Projektende (T6) sahen 38 % eine positive Veränderung über die Projektlaufzeit, 1/5 sahen eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit Palliativpflegefachkräften (zu T1)	oder zwischenmenschliche Spannungen	
Patientenperspektive	Schriftliche Befragung der Patient*innen: OC-Gespräche: IG/C-RCT starten höher als Vergleichsgruppen, mittlere Zeitpunkte weitgehend ähnlich; Ende: IG/C-RCT meist stabil oder höher; Zufriedenheit, Einstellung, Vertrauen zu OC: Insgesamt hoch und stabil in allen Gruppen, nur marginale Unterschiede zu Beginn oder T6; KoPP-Angebot: Nutzung	Großteil der Patient*innen (IG, Interviews) berichtete (Onco)Coaching-Gespräche erhalten zu haben; Anpassung der Länge und Häufigkeit der Gespräche im Studienverlauf; wenn Coaching i.d.R. als sinnvoll empfunden, Zufriedenheit hoch, großes Vertrauen zu OC	Das OncoCoaching wird von Patient*innen als niedrigschwellig, flexibel, bedarfsorientiert und insgesamt positiv erlebt – positiver Einfluss auf Zufriedenheit, Vertrauen und die Wahrnehmung personalisierter Versorgung; Nutzung hängt vom individuellen Bedarf und organisatorischen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	sehr niedrig, Einstellung und Zufriedenheit mit KoPP hoch, Unterschiede minimal; Berücksichtigung individueller Wünsche & Zufriedenheit mit Betreuung: Hoch in allen Gruppen, IG/C-RCT tendenziell leicht höhere Werte in späteren Zeitpunkten.	– alle Anliegen ansprechbar; OC als niedrigschwellige und individualisierte Versorgung; KoPP-Angebot war fast in keinem Interview Thema: Patient*innen sahen keinen Bedarf oder wollten sich auch nicht mit dem Thema „Palliativ“ auseinandersetzen	Rahmenbedingungen ab; KoPP-Angebot wird grds. zwar positiv bewertet, ist aber in der Praxis kaum relevant für Patient*innen (kaum Thema und folglich auch Inanspruchnahme); Gruppenunterschiede sind gering, die Wirkung ist überwiegend universell positiv
KAM-Datenbank (IG)	Nutzung der KAM-Datenbank insgesamt gering: vor allem Patient*innen und OCs griffen zu, thematische Schwerpunkte lagen auf Informationsangeboten zu Begriffserklärungen sowie häufig diskutierten Substanzen (Mistel, Curcumin, Vitamin D)	Interviews bestätigen geringe Nutzung der KAM-Datenbank → oftmals „nur mal kurz reingeschaut um sich das mal anzuschauen“	Geringe Inanspruchnahme der KAM-Datenbank im Rahmen von OnCoPaTh → aufgrund dessen das Potenzial dieser Datenbank somit ggf. nicht adäquat abbildbar sowie einschätzbar
Krankenhausaufenthalte	Im Gruppenvergleich in der IG: Fast doppelt so viele Krankenhausaufenthalte dokumentiert	OCs äußerten in den Interviews, dass sie den Einfluss von OnCoPaTh auf die Krankenhauseinweisungen nicht einschätzen können	Die IG zeigt mehr dokumentierte Krankenhausaufenthalte, jedoch lassen die qualitativen Daten keinen klaren Einfluss von OnCoPaTh auf Einweisungen erkennen → ein Effekt auf Hospitalisierung bleibt unklar
Akzeptanz der neuen Versorgungsform OnCoPaTh	Mehrheit befürwortete die Etablierung eines OncoCoach-Angebots (97 % T0 → 79 % T6).	Akzeptanz der Intervention ist grds. (insb. OncoCoaching und Rolle des OCs) hoch und wird sowohl durch die wahrgenommene Sinnhaftigkeit als auch durch konkrete positive Erfahrungen gestützt; kritisch sind: systematische Rahmenbedingungen	Die Ergebnisse verdeutlichen die besondere Rolle des OncoCoach als Bindeglied zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung; Studienteilnahme wurde überwiegend als sinnvoll erlebt (im Hinblick auf die eigene Versorgung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		(Kontinuität in der Versorgung, Erreichbarkeit, strukturelle Ressourcen) sowie die Informationsvermittlung und der -bedarf bei der Rekrutierung sowie zur Einführung der Studie; patientenseitige Trennung von medizinischer und sozialer Dimension der Betreuung → Wunsch nach stärkerer sozialer Unterstützung und Informationen (bspw. Pflegestufe, Betreuungsmöglichkeiten)	und auch als Beitrag zur Forschung), insb. Mehrwert des OncoCoach-Konzeptes: Funktion als niedrigschwellige, kompetente Anlaufstelle; differenzierte Einschätzung der Patient*innen, die Intensität der Betreuung stärker an den individuellen Bedarf anzupassen
Akteure in der Versorgung	OCs wurden als feste Ansprechpersonen etabliert (strukturelle Einbindung, dokumentierte Gespräche, Konsile, Zusammenarbeit mit Onkologinnen und KoPPs); KoPPs wurden in der IG häufiger eingebunden als in VG II, jedoch insgesamt geringer Umfang; Ärzt*innen äußerten Verbesserungsbedarf in Kommunikation und Koordination	Patient*innen beschrieben v.a. OCs als zentrale Betreuungspersonen mit Vertrauensfunktion und Kontinuität; Ärztliches Personal wurde stärker auf medizinische Aspekte reduziert wahrgenommen, während KoPPs häufig gar nicht thematisiert wurden oder erst zu einem späten Zeitpunkt eingebunden waren; Angehörige spielten für Patient*innen eine wichtige ergänzende Rolle, insb. in der persönlichen Versorgung, wurden aber nur bedingt in die Intervention integriert	Versorgung basierte auf multiprofessionellem Ansatz, praktisch jedoch stark durch OCs getragen; Patient*innen ordneten die verschiedenen Rollen unterschiedlich ein und nahmen nicht alle Interventionselemente als solche wahr; während OCs eine neue Schlüsselfunktion einnahmen, blieb die Rolle der KoPPs oft im Hintergrund → nachhaltige Implementierung erfordert klarere Integration aller Akteure und einer systematischen Einbindung von Angehörigen

Die **Analyse der Ergebnisse der Implementation** verdeutlicht, dass OnCoPaTh in weiten Teilen erfolgreich in die Versorgungspraxis eingebettet werden konnte. Besonders das

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

OncoCoaching erwies sich als zentrales und tragfähiges Element, das in den meisten Einrichtungen umgesetzt und von Patient*innen wie Fachpersonal gleichermaßen positiv bewertet und akzeptiert wurde. Die Ergebnisse zeigen damit, dass die grundlegende Struktur und Logik der neuen Versorgungsform sowohl inhaltlich überzeugt als auch praktikabel war. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Umsetzung erheblich von den strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen beeinflusst wurde und einzelne Elemente der Intervention (z. B. KoPP, KAM-Datenbank) nur eingeschränkt umgesetzt werden konnten.

Die Ergebnisse zur Implementationsdimension verdeutlichen, dass **das OncoCoaching** als ein Element im Rahmen von OnCoPaTh flächendeckend und systematisch umgesetzt werden konnte. Quantitative Daten zeigen, dass die Mehrheit der Patient*innen in der IG ein Coaching-Gespräch erhielt, die Konsile mit Onkolog*innen und der Austausch mit KoPPs dokumentiert wurden und die Teilnahme an Review-Meetings deutlich höher war als in den Vergleichsgruppen. Die qualitative Perspektive der Patient*innen ergänzt dies: OCs wurden als niedrigschwellige, flexible und bedarfsorientierte Ansprechpersonen wahrgenommen, die Vertrauen, Zufriedenheit und eine personalisierte Versorgung förderten. Das Coaching wurde individuell angepasst, sowohl in der Länge als auch in der Häufigkeit der Gespräche, und konnte so den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden. Auch die Möglichkeit, Anliegen nicht-medizinischer Natur zu besprechen (z. B. Anträge, organisatorische Fragen), trug zur hohen Akzeptanz und zum positiven Erleben des Interventionsbestandteils bei. Ähnliche Ergebnisse finden sich in Studien zur Begleitung chronisch Kranker oder zur unterstützenden Versorgung, z. B. Coaching für informelle und formelle Pflegende im palliativen Kontext: Sułkowska et al. (2024) zeigen, dass Coaching Interventionen das Wissen, die Selbstwirksamkeit und das Wohlbefinden von Pflegepersonen und Angehörigen verbessern können, wenn sie den realen Bedürfnissen entsprechen und diese adressieren. Auch Programme mit integriertem Kommunikationstraining (z. B. „Interprofessional Communication Approach“ in der Onkologie) haben gezeigt, dass gezielte Kommunikation und Coaching-Elemente die Unterstützungsbedürfnisse, Lebensqualität und Stimmung von Patient*innen verbessern können – was die Befunde zum OncoCoaching und Bedarf bestätigt. In der Studie von Krug et al. (2021) bei Patient*innen mit fortgeschrittenem Lungenkrebs ergaben sich positive Effekte bei Unterstützung und psychosozialem Wohlbefinden (Krug et al., 2021).

Die **Rolle der OCs** entwickelte sich über die Projektlaufzeit: Anfangs lag der Fokus auf organisatorischen Aufgaben und Studienkoordination, später auf kontinuierlicher Patientenbetreuung und Vermittlung zwischen Patient*innen, KoPPs und dem onkologischen Behandlerteam. Damit wurden OCs zu Schlüsselakteuren der Intervention, die sowohl die Umsetzung der neuen Versorgungsform als auch die Patientenbindung maßgeblich unterstützten. Sie fungierten als kontinuierliche Ansprechperson und niedrigschwellige, vertrauensvolle Schnittstelle für Patient*innen, insbesondere für Themen über die medizinische Versorgung hinaus. Hinsichtlich der Implementierung agierten OCs als zentrale Akteur*innen in der praktischen Realisierung des Programms, wodurch die Implementation entscheidend von der persönlichen Bindung und der Beständigkeit in der Betreuung profitierte. Damit wurde die intendierte Funktion als Bindeglied grundsätzlich zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung erfolgreich adressiert. Gleichzeitig zeigt sich, dass strukturelle Rahmenbedingungen – wie feste Sprechstunden, separate Räume, zeitliche Ressourcen und Karriereperspektiven – zentral für die Nachhaltigkeit der OC-Rolle sind. Quantitative Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit und zu den Kompetenzen zeigen ebenfalls

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

eine überwiegend positive Einschätzung, wenngleich Aspekte wie Bezahlung, Karriereperspektiven und strukturelle Unterstützung zurückhaltender seitens der OCs bewertet wurden. Diese Befunde unterstreichen, dass die Nachhaltigkeit der Rolle und deren nachhaltige Implementierung nicht primär von der Akzeptanz der Rolle „OC“ abhängt. Sie wird wesentlich von organisationalen und systemischen Faktoren bzw. strukturellen Rahmenbedingungen (zeitliche Ressourcen) beeinflusst. Der Befund, dass Coaching individuell anpassbar sein muss und Patient*innen teils Probleme haben, den Begriff „OC“ zuzuordnen, spiegelt wider, dass Interventionselemente gut kommuniziert und sichtbar gemacht werden müssen. Dass Patient*innen OncoCoaching teilweise nicht als eigenständiges neues Element ihrer Versorgung, sondern als Bestandteil ihrer regulären Versorgung wahrnahmen, verdeutlicht zugleich eine gelungene Integration in bestehende Strukturen. Dies verdeutlicht aber auch, dass die Sichtbarkeit und Transparenz der neuen Versorgungsform noch ausbaufähig sind. Weiterhin sprechen die Ergebnisse dafür, OncoCoaching langfristig und mit Kontinuität anzubieten, um Vertrauen und Identifikation zu stärken.

Im Gegensatz dazu war die **Integration der KoPPs** und der frühen palliativen Versorgung selektiv und nicht flächendeckend. Die Literatur bestätigt dies: Ein systematischer Review hebt hervor, dass palliative Versorgung oft erst spät initiiert wird, obwohl frühzeitiger Einsatz zu besserem Symptommanagement, verbesserter Lebensqualität und zu verlängerter Überlebenszeit führen kann (Dalgaard et al., 2014). Quantitative Daten im Rahmen von OnCoPaTh zeigen nur geringe Anteile an direkten Kontakten zwischen Patient*innen und KoPPs. Die qualitative Perspektive bestätigt, dass KoPPs in der Praxis oft kaum thematisiert wurden. Auch OCs berichteten, dass der Bedarf zur Einbindung von KoPPs bei Patient*innen gering erschien und sich ausschließlich in Einzelfällen manifestierte. Das Thema „Palliativ“ war für viele Patient*innen stigmatisiert oder wurde nicht als relevant wahrgenommen. Dies war zum Teil auch der Fall auf OC- und Ärzt*innen-Seite und gilt es, gezielt zu adressieren, um Hemmschwellen zur Implementierung einer frühen palliativen Versorgung abzubauen. Diese Hürde des Verständnisses und der Haltung gegenüber palliativer Versorgung belegen zahlreiche Studien (Bandieri et al., 2023; Collins et al., 2017; Kruser et al., 2020). Die Implementierung der KoPP-Rolle hing daher stark von institutionellen Strukturen, organisatorischer Unterstützung, klar definierten Rollen und der Akzeptanz von Patient*innen und auf Anwenderseite ab. Fördernde Faktoren für eine Implementierung waren vorhandene Strukturen, Aufklärung der Patient*innen, Einbindung von Angehörigen und Implementierungshilfen. Hemmend wirkten fehlende Ressourcen, unklare Rollen, Vorbehalte gegenüber palliativer Versorgung und fehlende Zugänglichkeit. Das KoPP-Angebot bzw. die frühe palliative Integration benötigen klar benannte Rollen**,** Aufklärung und Sensibilisierung (beim Fachpersonal und Patient*innen/Angehörigen), Umgang mit Stigmata, und institutionelle Verankerung, z. B. über Schulungen, Ressourcen und Koordinationsstrukturen. Anstelle einer strukturierten frühzeitigen Einbindung mittels der KoPP erfolgte die palliative Betreuung oftmals weiterhin in späteren Krankheitsphasen, wie es für die Palliativversorgung charakteristisch ist, oder über bestehende Strukturen (z. B. SAPV). Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Implementierung frühzeitiger palliativer Elemente weniger an der grundsätzlichen Zustimmung zum Konzept frühzeitiger scheiterte, sondern an kulturellen Barrieren und einer fehlenden Normalisierung von Palliative Care im onkologischen Setting. Es bestehen stigmatisierende Vorstellungen über Palliativversorgung, insbesondere auf Seiten der Patient*innen, aber auch auf Seiten des onkologischen Fachpersonals. Dies zeigte sich

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zum Teil in einer Verunsicherung des behandelnden onkologischen Fachpersonals, insbesondere im Hinblick auf die angemessene Ansprache von Patient*innen zum Thema frühzeitiger Palliativversorgung.

Die **interprofessionelle Zusammenarbeit** zwischen OncoCoaches, Onkolog*innen und palliativpflegerischem Personal im Rahmen der KoPPs zeigt insgesamt positive Ansätze, verdeutlichte jedoch zugleich Optimierungspotenzial. Während in einzelnen Einrichtungen eine enge Abstimmung zwischen den Professionen dokumentiert wurde, bestätigten Befragungen sowohl seitens der Pflege (onkologisch und palliativ) als auch der Ärzteschaft den Bedarf an klareren Kommunikationswegen, strukturierten Überleitungsprozessen sowie mehr gegenseitiger Anerkennung (Hierarchieverhältnis von ärztlichem und nichtärztlichem Personal). Die interprofessionelle Zusammenarbeit war überwiegend funktional und informierend. Kommunikation zwischen OCs, KoPPs und Onkolog*innen erfolgte oft schriftlich oder telefonisch. Der Austausch hing stark von Zeit, Erreichbarkeit, gegenseitiger Wertschätzung und etablierten Kommunikationswegen ab. Ein Review zu interprofessionellem Teamwork und Kompetenz in spezialisierten palliativen Settings betont, dass spezialisierte palliative Teams interprofessionelle Kompetenzen benötigen (z.B. Kommunikation, Teamarbeit, Rollenklärung) und dass diese in Settings, wo sie nicht etabliert sind, oft schwach ausgeprägt sind (Kesonen et al., 2024). Der Aspekt von gegenseitiger Anerkennung spiegelt sich auch in der Literatur wider (Weller et al., 2011). Verbesserungen im Projektverlauf zeigen sich insbesondere in der besseren Abstimmung und im kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen den Professionen. Einschränkungen bestanden weiterhin in strukturellen (z. B. Zeit, Datenschutz, organisatorische Schnittstellen) und persönlichen Faktoren (z. B. Motivation, zwischenmenschliche Spannungen, Rollenklarheit), was auch in Studien belegt wird (Ho et al., 2023; Rawlinson et al., 2021). Dies deutet darauf hin, dass für eine nachhaltige interprofessionelle Zusammenarbeit klar definierte Rollen, digitale Plattformen, strukturierte Meetings und kontinuierliche Kommunikationswege erforderlich sind (Tang et al., 2019). Zudem wird die Notwendigkeit betont, interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur als „Begleitstruktur“, sondern als integralen Bestandteil der Implementation anzuerkennen und zu entwickeln. Die Befunde unterstreichen, dass erfolgreiche Implementation nicht allein von der Einführung neuer Versorgungselemente abhängt, sondern von der aktiven Integration dieser Rollen und Elemente in die bestehenden Systeme (bspw. onkologische Einrichtungen).

Aus **Patientenperspektive** war OncoCoaching das zentrale Element der neuen Versorgungsform OnCoPaTh. Zufriedenheit, Vertrauen und die Wahrnehmung personalisierter Versorgung waren hoch und stabil über die Zeit. Das KoPP-Angebot wurde grundsätzlich positiv bewertet, spielte aber in der Praxis eine untergeordnete Rolle. Weitere Elemente wie die KAM-Datenbank wurden deutlich seltener genutzt. Hier zeigt sich, dass das Zusatzinstrumente zwar bereitgestellt wurde, sein Potenzial aber ggf. nicht ausgeschöpft werden konnte. Ein möglicher Grund hierfür könnte in einer Diskrepanz zwischen dem angebotenen Tool und dessen wahrgenommenem Mehrwert im Versorgungsalltag liegen. Daraus lässt sich ableiten, dass die bloße Verfügbarkeit von Tools nicht ausreicht, sondern deren Mehrwert klar kommuniziert werden muss. Darüber hinaus erscheint eine erfolgreiche Implementierung nur durch die aktive Einbettung in bestehende Abläufe und durch eine konsistente Kommunikation im Versorgungsalltag gewährleistet.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die identifizierten **Hemmnisse** (zeitliche Ressourcen, Vorbehalte bei Palliativversorgung, unklare Rollen, organisatorische Rahmenbedingungen) **und Förderfaktoren** (bestehende Strukturen, Aufklärung, Einbindung von Angehörigen, sichtbare Nutzenwahrnehmung) sind gut belegt in der Literatur: Ein systematischer Review zu früher palliativer Versorgung (Early Integration) nennt ähnliche Barrieren: unzureichendes Wissen, mangelnde Strukturen, finanzielle und personelle Ressourcen, soziale/kulturelle Vorurteile (Dalgaard et al., 2014; Dhollander et al., 2019). Ein weiterer Punkt betrifft die Rolle der behandelnden Onkolog*innen: Diese haben oftmals das Gefühl, Verantwortlichkeit zu verlieren, sowie dass palliative Teams in Konflikt mit dem kurativen Ansatz stehen könnten (Kruser et al., 2018).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Umsetzung der neuen Versorgungsform stark durch die OCs getragen wurde, während KoPPs und frühe palliative Integration noch nicht systematisch verankert waren. Eine nachhaltige Implementierung erfordert eine klarere Integration aller Akteure, die systematische Einbindung von Angehörigen sowie die Berücksichtigung organisatorischer und struktureller Rahmenbedingungen (Khalil & Kynoch, 2021). Hierzu gehören: ausreichende zeitliche Ressourcen, definierte Rollen, strukturelle Unterstützung, digitale Kommunikationsplattformen und Schulungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Gleichzeitig müssen Vorbehalte und Stigmatisierungen gegenüber Palliativer Versorgung adressiert und das Bewusstsein für den Mehrwert der KoPP-Rolle gestärkt werden.

Die Ergebnisse legen nahe, dass OncoCoaching als zentrales, niedrigschwelliges Bindeglied zwischen Patient*innen, medizinischer und psychosozialer Versorgung wirkt, während die frühzeitige palliative Integration systematisch gestärkt werden muss. Es werden die Grenzen der Implementation deutlich: Während eine grundsätzliche Akzeptanz und Anerkennung der inhaltlichen Relevanz der neuen Versorgungsform gegeben sind, verhinderten systemische Rahmenbedingungen, stigmatisierende Haltungen und unzureichend verankerte Strukturen eine umfassende Umsetzung aller Interventionselemente. Insbesondere die frühe palliative Einbindung konnte nur partiell realisiert werden. Es wird deutlich, dass für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung nicht nur die inhaltliche Akzeptanz ausschlaggebend ist, sondern auch die Schaffung stabiler organisatorischer, personeller und kultureller Rahmenbedingungen. Damit OncoCoaching und KoPP-Angebote nicht nur punktuell, sondern dauerhaft wirksam sind, sind verlässliche Ressourcen nötig: Zeit, Personal, Räume, digitale Infrastruktur bzw. Kommunikation sowie die Reduktion administrativer Hürden. Für zukünftige Implementierungen sollten daher strategische Maßnahmen zur strukturellen Verankerung, interprofessionellen Abstimmung und patientenzentrierten Kommunikation entwickelt werden, um die Intervention mit allen Elementen flächendeckend wirksam zu machen. Zudem ist es nicht nur wichtig, die Interventionen zu implementieren, sondern auch ihre Wahrnehmung transparent zu machen. Die Ergebnisse und die Literatur sprechen dafür, dass KoPP bzw. palliative Versorgung idealerweise schon früh, nicht erst bei Fortschreiten der Erkrankung, eingeführt wird, um Wirkung zu erzielen. Das verlangt Kulturwandel – z. B. in der Wahrnehmung von Palliativ als „Ende-Phase“ zu einer begleitenden Versorgung. Zudem implizieren die Daten stabile Zufriedenheit, aber Unterschiede vor allem in Nutzung und Intensität. Für zukünftige Studien wäre es folglich sinnvoll, die Voraussetzungen und Determinanten des höheren Nutzens genauer zu erfassen – d.h. welche Patient*innen profitieren besonders und in welchen Einrichtungen erfolgte die Umsetzung kontinuierlich und intensiv, unter welchen Rahmenbedingungen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Implementation – KoPP

Die Dimension „Implementation“ im Sinne des RE-AIM-Frameworks bezieht sich auf die Qualität, Konsistenz und den Kontext der Umsetzung der Interventionskomponenten im Versorgungsalltag. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Einführung der KoPP-Rolle im Rahmen von OnCoPaTh unter Alltagsbedingungen grundsätzlich gelungen ist, jedoch mit deutlichen strukturellen, kommunikativen und systemischen Herausforderungen verbunden war.

Quantitative Daten aus dem eCRF belegen, dass die KoPPs ihre Aufgaben in beiden Gruppen mit hoher Verbindlichkeit wahrgenommen haben: Insgesamt wurden über 600 palliativpflegerische Gespräche und fast 500 Konsile dokumentiert, wobei die Verteilung zwischen IG und VG II weitgehend ausgeglichen war. Dies deutet auf eine gute grundsätzliche Umsetzbarkeit der Maßnahme hin. Auffällig ist jedoch, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Patient*innen lediglich ein einzelnes Gespräch erhielt, v. a. in der IG (36 % vs. 23 % in der VG II). Dies könnte auf Barrieren in der kontinuierlichen Betreuung oder Herausforderungen in der Patientenbindung hindeuten.

Auch die Gesprächsdauer und -art verdeutlichen die Praxisnähe der Intervention: Der Großteil der Kontakte fand telefonisch und in kurzer Dauer statt, was einerseits auf ressourcenschonende Formate schließen lässt, andererseits aber Fragen zur inhaltlichen Tiefe der Beratung aufwirft. Die Tatsache, dass nur etwa ein Drittel der Gespräche im persönlichen Setting stattfanden, zeigt, dass direkte Begegnungen, etwa aufgrund personeller oder zeitlicher Restriktionen, im Versorgungsalltag schwer realisierbar waren.

Die Konsile zwischen KoPP und OncoCoach waren ebenfalls überwiegend kurz und fanden vorrangig schriftlich statt, was zwar Effizienzvorteile bietet, jedoch eine vertiefte interprofessionelle Abstimmung erschwert. Besonders kritisch erscheint, dass ein bidirektionaler Informationsfluss nur in der IG dokumentiert wurde, während in der VG II keine Weiterleitungen an den OC verzeichnet sind; ein mögliches Indiz für Defizite in der Zusammenarbeit ohne strukturierte Implementierungsmaßnahmen.

In Bezug auf Krankenhausaufenthalte zeigt sich eine hohe Rate ungeplanter Aufnahmen (69 %), was auf eine unzureichende Kontinuität und Vorausplanung in der Versorgung hindeutet. Hier könnten intensivere palliativpflegerische Begleitungen durch die KoPPs präventive Effekte erzielen. Dies stellt eine Hypothese dar, die in künftigen Analysen überprüft werden sollte.

Die Auswertung der schriftlichen Befragungen bestätigt insgesamt eine moderat positive Einschätzung der Implementation. Die organisationalen Gesundheitskompetenzen (HLHO-10) zeigten über den Projektverlauf eine leichte Steigerung, blieben jedoch ohne signifikante Unterschiede zwischen IG und VG II. Auch in der Einschätzung der interprofessionellen Kommunikation (UWE-IP) lassen sich keine systematisch positiven Effekte der Intervention nachweisen. Vielmehr deuten die hohen Überlappungen der Konfidenzintervalle auf stabile, aber wenig veränderte Einschätzungen hin. Dies könnte auf eine gewisse Anfangsmotivation nach den Implementierungsworkshops hindeuten, die jedoch im Projektverlauf nicht dauerhaft aufrechterhalten werden konnte.

Ein vertiefender Blick in die qualitativen Interviewdaten bestätigt diese Interpretation: Die KoPPs der IG fühlten sich durch die Implementierungsworkshops gut vorbereitet und

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

beschrieben ein hohes Maß an Identifikation mit ihrer Rolle. Gleichzeitig wurden strukturelle Hindernisse wie Zeitmangel, Doppeldokumentation und fehlende digitale Schnittstellen als zentrale Barrieren genannt. Besonders deutlich wurde, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit häufig durch informelle, personenbezogene Dynamiken getragen wurde: Vertrauen, persönliche Bekanntheit und gegenseitiges Verständnis förderten die Kooperation. Diese Faktoren entwickelten sich im Projektverlauf zwar positiv, waren jedoch stark abhängig von individuellen Konstellationen und weniger von strukturellen Veränderungen.

Die VG II hingegen zeigte wiederholt das Bedürfnis nach klareren Rollendefinitionen, mehr Partizipation (z. B. in Fallbesprechungen) und digital unterstützten Kommunikationsplattformen. Diese Wünsche unterstreichen retrospektiv die Relevanz der in der IG durchgeführten Implementierungsmaßnahmen. Gleichzeitig zeigen sie aber auch, dass selbst in der IG zentrale Herausforderungen wie Datenschutzbarrieren und komplexe Softwarelösungen nicht vollständig überwunden werden konnten.

Besonders kritisch ist die weiterhin unzureichende Einbindung der KoPPs in den formellen Informationsfluss: Trotz gestiegener Zufriedenheit mit der eigenen Informationsweitergabe an Patient*innen und Angehörige blieben Rückmeldestrukturen aus institutionellen Kontexten lückenhaft. Auch die Nutzung digitaler Instrumente blieb marginal. Selbst in der IG nutzten 59 % der KoPPs keinerlei digitale Tools. Dies verdeutlicht den hohen Entwicklungsbedarf hinsichtlich technischer Infrastruktur und digitaler Kompetenzförderung und betont gleichzeitig die Problematik der intersektoralen Trennung im deutschen Gesundheitssystem (Wiegner & Heiland, 2024).

Die Ergebnisse zur Nutzung der OnCoPaTh-Versorgungsbausteine untermauern, dass durch die Intervention erste Impulse gesetzt werden konnten, etwa in Bezug auf die Teilnahme an Fallkonferenzen oder strukturierte Kommunikationsformate. Gleichzeitig ist jedoch festzuhalten, dass diese Nutzung auf niedrigem Niveau verblieb und vor allem die digitale Transformation der Zusammenarbeit kaum stattgefunden hat.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Implementation der KoPP-Rolle im OnCoPaTh-Projekt unter Alltagsbedingungen grundsätzlich möglich war, jedoch von erheblichen systemischen und strukturellen Hürden begleitet wurde. Während die Interventionsmaßnahmen (v. a. Implementierungsworkshops) positive Impulse setzten, konnten sie keine nachhaltige und umfassende Verbesserung zentraler Implementationsparameter (z. B. interprofessionelle Kommunikation, Informationsfluss, Nutzung digitaler Tools) erzielen. Dies gilt, obwohl in der Konzeption eine klare Abgrenzung der KoPP-Rolle von bisherigen Aufgaben der palliativen Versorgung (z. B. Beratung in der SAPV, im Hospizdienst) vorgenommen wurde. Künftige Implementierungsstrategien sollten daher verstärkt auf verbindliche Kommunikationsstandards, technische Infrastruktur sowie den Abbau rechtlicher und organisatorischer Barrieren fokussieren, um das Potenzial der KoPP-Rolle langfristig zu sichern und auszubauen. Die im OnCoPaTh-Projekt identifizierten Herausforderungen bei der Implementierung der KoPP-Rolle lassen sich auch in der internationalen Literatur zur evidenzbasierten Praxis wiederfinden. Ein aktueller Scoping Review von Chays-Amania et al. (2025) zeigt, dass die Umsetzung neuer Versorgungsmodelle im klinischen Alltag häufig durch strukturelle und kontextuelle Barrieren erschwert wird. Obwohl Modelle wie RE-AIM oder i-PARiHS (integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services) breit angewendet werden, fehlen oftmals standardisierte Strategien sowie klare Verantwortlichkeiten in der Umsetzung. Auch in den untersuchten

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Pflege- und Versorgungskontexten wurde der Erfolg der Implementierung stark vom Vorhandensein technischer Infrastruktur, interprofessionellen Abstimmungsprozessen und kontinuierlicher Begleitung abhängig gemacht. Insbesondere digitale Schnittstellen, Schulungsformate und verbindliche Kommunikationswege wurden als entscheidend für eine nachhaltige Implementierung genannt (Chays-Amania et al., 2025). Dies sind Faktoren, die auch im OnCoPaTh-Projekt als unzureichend realisiert beschrieben wurden.

Einen ergänzender theoretischer Zugang zur Interpretation der Ergebnisse bietet das o. g. i-PARiHS-Framework. Dieses betont, dass erfolgreiche Implementierung maßgeblich durch das Zusammenspiel von Evidenz, Kontext und gezielter Unterstützung (Facilitation) beeinflusst wird. In einem aktuellen narrativen Review von Björkdahl et al. (2023) zur Umsetzung des Safewards-Modells wird das i-PARiHS-Framework in mehreren der analysierten Studien angewendet, insbesondere um die Bedeutung des organisationalen Kontexts und der aktiven Begleitung durch sogenannte Facilitators hervorzuheben. Auch im OnCoPaTh-Projekt spiegeln sich diese Einflussfaktoren deutlich wider: Die Implementation der KoPP-Rolle war vor allem dort erfolgreich, wo ein unterstützender Kontext geschaffen wurde, durch Workshops oder durch persönliche Netzwerke. Gleichzeitig zeigten sich deutliche Schwächen in der strukturellen Einbettung, der digitalen Infrastruktur und der formalen Kommunikationswege, die laut i-PARiHS zentrale Erfolgsfaktoren darstellen. Die geringe Nutzung digitaler Tools sowie die stark personenbezogene Kooperation deuten darauf hin, dass es an einer systematischen Facilitation und kontextsensiblen Steuerung mangelte. Die Ergebnisse stützen somit die im i-PARiHS-Framework formulierte Annahme, dass die Qualität der Implementierung weniger von der Intervention selbst, sondern vielmehr von den umgebenden Bedingungen und der aktiven Umsetzungsbegleitung abhängt (Björkdahl et al., 2024).

Zudem bestätigt das Review die Beobachtung, dass selbst erfolgreich gestartete Interventionen im Projektverlauf an Wirkung verlieren können, wenn strukturelle Unterstützung und institutionelle Verankerung fehlen. Die Autor*innen betonen daher die Bedeutung einer kontextsensiblen Vorbereitung, gezielter Implementierungsstrategien sowie einer differenzierten Evaluation der Umsetzungsqualität anhand etablierter Taxonomien wie der von Proctor et al. (2011). Diese Erkenntnisse unterstreichen die im OnCoPaTh-Projekt formulierte Empfehlung, zukünftige Implementierungen stärker durch standardisierte Prozesse, technische Infrastruktur und verbindliche Kooperationsstrukturen abzusichern.

4.1.2.5 Maintenance

In Tabelle 187 sind die Ergebnisse der Maintenance im Rahmen eines Joint Displays zusammengetragen.

Tabelle 187: Joint Display – Dimension Maintenance

Aspekt der Maintenance	Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse	Meta-Inferenz
Fortführung des OnCoPaTh-Versorgungsmodells nach Projektende	Fragebögen zeigen: Teil der Einrichtungen plant Fortführung nach Projektende; Ärzt*innen: Hohe Zustimmung zur	OCs: Hohe Bereitschaft zur Fortführung, teils in angepasster Form (ressourcenabhängig) bspw. stärker bedarfsorientiert; positive	OnCoPaTh als wertvoll wahrgenommen; hohe intrinsische Motivation und Akzeptanz fördern Nachhaltigkeit; Fortführung in einigen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Beibehaltung von Elementen der neuen Versorgungsform; Mittelwerte der G-NoMAD-Dimensionen stabil und positiv; OCs: Mittelwerte der NoMAD- und SMSS-Skalen überwiegend positiv; KoPPs (G-NoMAD): leichte Unterschiede (IG vs. VG II), in allen Dimensionen aber mittlere bis hohe Zustimmung	Wahrnehmung der Relevanz und Wirksamkeit von OnCoPaTh; Patient*innen: Mehrheit wünscht Weiterbetreuung durch OC; KoPPs: Starke emotionale Identifikation, erlebte Sinnhaftigkeit und fachliche Anerkennung, Wille zur Weiterführung.	Einrichtungen wahrscheinlich, jedoch in adaptierter Form → Umsetzung abhängig von Ressourcenverfügbarkeit und Rahmenbedingungen (bspw. strukturelle Integration in die bestehenden Einrichtungsstrukturen)
Integration der neuen Versorgungselemente in Routinen	Fachpersonal (Ärzt*innen und OCs): Nutzung von Beratungskompetenzen auch über Projektende hinaus; v.a. höhere Selbstwirksamkeit blieb stabil; OnCoPaTh-Elemente wurden in den Alltag (z.B. Gesprächsführung, koordinierte Zusammenarbeit) übernommen, Umsetzung von OnCoPaTh fühlte sich vertraut an; OCs: 41 % gaben an eine KoPP als Ansprechperson gehabt zu haben, 21 % berichteten eine positive Entwicklung der Zusammenarbeit mit der KoPP über die Projektlaufzeit (und nur 3 % eine negative); KoPPs (G-NoMAD „collective action“): moderate Einschätzung	OCs: Übernahme von Elementen der Schulung in den Alltag (z. B. strukturierte Gesprächsführung und Kommunikation); verbesserte Selbstsicherheit im Patientenkontakt, mehr genommene Zeit für Gespräche; interprofessionelle Kooperation und Kommunikationswege entscheidend; Stigmatisierung des Begriffs „Palliativ“ als zentrale Hürde – sowohl Patienten- als auch OC-seitig; einige OCs berichteten von einer enger gewordenen Zusammenarbeit mit KoPPs über die Projektlaufzeit sowie Zufriedenheit mit dem Konzept „KoPP“, Patient*innen: sehen niedrigschwelligen Zugang in Form der OCs;	Einzelne Kompetenzen und Elemente sind nachhaltig verankert; frühzeitige palliative Integration begünstigt langfristige Passung des OnCoPaTh-Modells in bestehende Abläufe und Versorgungsalltag; Routinen erleichtern Überführung – Weiterführung vom Grundkonzept OnCoPaTh, zum Teil in adaptierter Form; Rolle der KoPPs noch nicht durchgehend etabliert, auch wenn sich Zusammenarbeit über die Projektlaufzeit teils positiv entwickelt hat – Entscheidende Faktoren für dauerhafte Implementierung: funktionierende interprofessionelle Kommunikationswege, Entstigmatisierung der Palliativversorgung.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	zur praktischen Integration	KoPPs: sehen Early Integration als fachlich sinnvoll, Rolle als Teil der Routineversorgung ab Diagnose (frühzeitig)	
Passung in Organisationsabläufe	KoPPs (G-NoMAD „coherence“): moderate bis hohe Sinnhaftigkeit	Interviews: OnCoPaTh meist anschlussfähig an bestehende Strukturen; grds. eher geringe Implementierungsbarrieren – förderlich v. a. in gut vernetzten Einrichtungen; teils Kritik an Rollenklarheit OC/KoPP; vorhandene palliative Strukturen und damit Erfahrung (bspw. SAPV-Teams) erleichterten Integration	Passung von OnCoPaTh zu bestehenden Abläufen begünstigt Überführung; geringe Barrieren in etablierten Netzwerken, aber Rollenklarheit notwendig; Anschlussfähigkeit variiert je nach Einrichtungskontext
Notwendige Ressourcen / Anpassungen	Ärzt*innen: 83 % benötigen Zeit, 74 % Personal, 57 % finanzielle Mittel/Infrastruktur, ca. 50 % fortlaufende Unterstützung – bei OCs ähnlich: am häufigsten Zeit, Personal, Integration von OnCoPaTh in die Geschäftsprozesse, Training	OCs: Fehlende zeitliche, personelle, räumliche Ressourcen als zentrale Hürde; Dokumentations- und Abstimmungsaufwand als Belastung; interprofessionelle Kooperation und Kommunikationswege entscheidend; Abbau von Vorbehalten gegenüber palliativer Versorgung; fortlaufende organisationale Unterstützung/ „Rückendeckung“ erforderlich; Patient*innen: Nahmen zum Teil auch Ressourcenknappheit (in Form von Personal und Zeit) wahr, ansonsten Fokus auf Verfügbarkeit der Betreuung; KoPPs: fehlendes Finanzierungsmodell für nach der Projektlaufzeit (größte Barriere); politische	Nachhaltigkeit stark ressourcenabhängig; Finanzierung (insb. bei KoPP), Personal, Zeit, Infrastruktur zentrale Hürden → politische Steuerung (Schaffung von Strukturen) und institutionelle Unterstützung entscheidend für Verstetigung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		Rückendeckung („Wille“) nötig; Potenzial von Early Integration langfristig Ressourcen zu sparen; Wunsch nach Hospitationen in den Einrichtungen zur Verbesserung der Schnittstellenarbeit	
Akzeptanz und Wertschätzung	OCs: Hohe Mittelwerte auf allen G-NoMAD- und SLS-Dimensionen; kaum negative Bewertungen; alle Gruppen berichten positive Einschätzungen der Skalen	Patient*innen: hohe Zufriedenheit, Sicherheit, Vertrauen und Weiterempfehlung von OncoCoaching; OCs: sowohl positive Wahrnehmung der eigenen Rolle als auch p*ositive* Wirkung auf Patient*innen; KoPPs: emotionale Identifikation und fachliche Anerkennung	Hohe Akzeptanz auf allen Ebenen → bildet günstige Grundlage für Verstetigung, emotionale und professionelle Anerkennung unterstützt Nachhaltigkeit zusätzlich, erfordert aber gesicherte strukturelle Bedingungen und Ressourcen
Zukunftsperspektiven	(kein quantitativ zugehöriges Material)	Interviews: Wunsch bzw. Potenzial zur Ausweitung auf andere onkologische Patientengruppen und ggf. Krankheitsbilder; Bedarf klarer Kommunikation bzgl. nach Projektende; politisch-strukturelle Voraussetzungen entscheidend	Potenzial zur Skalierung (insb. Coaching-Format) auf weitere Indikationen; Nachhaltigkeit erfordert strategische Verankerung, Klarheit in Abläufen sowie Ressourcensicherheit

Die **Ergebnisse der Maintenance** zeigen, dass das OnCoPaTh-Modell ein hohes Verstetigungspotenzial besitzt und von den Akteursgruppen als wertvolles, zukunftsfähiges Versorgungsmodell erlebt wird, das die personalisierte Versorgung unterstützt. Besonders das OncoCoaching erwies sich als niedrigschwelliges, anschlussfähiges und von Patient*innen sowie Fachpersonal akzeptiertes Interventionselement. Die hohe intrinsische Motivation der OncoCoaches sowie deren positive Rollenerfahrungen bilden zentrale Treiber für die Nachhaltigkeit. Auch KoPPs beschrieben eine starke fachliche Identifikation und Sinnhaftigkeit, wenngleich ihre Rolle im Projektverlauf weniger flächendeckend verankert war.

Die Befunde weisen darauf hin, dass **einzelne Elemente bereits erfolgreich in Routinen des Versorgungsalltags überführt wurden**: Ärzt*innen und OncoCoaches berichteten von strukturierter Gesprächsführung, verbesserter interprofessioneller Zusammenarbeit und einer gestiegenen Selbstwirksamkeit. Damit konnte OnCoPaTh nicht nur eine neue

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Versorgungsstruktur etablieren, sondern auch nachhaltige Kompetenzgewinne bei den beteiligten Professionen anstoßen, die über die Projektlaufzeit hinaus genutzt werden sollen.

Zugleich bleibt die **Integration der KoPP-Rolle und der frühen palliativen Versorgung** ein kritischer Punkt und zeigte sich heterogen im Rahmen des Projekts. Quantitative wie qualitative Ergebnisse belegen, dass die Zusammenarbeit zwischen OncoCoaches und KoPPs zwar punktuell enger wurde, jedoch nicht in allen Einrichtungen flächendeckend etabliert werden konnte. Als wesentliche Barriere wird insbesondere die Stigmatisierung des Begriffs „Palliativ“ bzw. der Palliativversorgung genannt, was eine bekannte Problematik in der einschlägigen Literatur darstellt. Die Begriffsverwendung und das öffentliche wie professionelle Verständnis von Palliative Care werden oft noch stark mit Tod und Sterben assoziiert, sodass frühe Einbindung erschwert wird. Das Stigma gegenüber Palliativversorgung wird auf den Ursprung als Sterbebegleitung zurückgeführt und durch Fehlinformationen sowie späte Überweisungen verstärkt (Alcalde & Zimmermann, 2022). Im Zuge dessen fand eine Studie heraus, dass das Stigma, Palliativversorgung sei ausschließlich für das Lebensende gedacht, eine Rolle bei der späten Inanspruchnahme spielt (Bandieri et al., 2023). Nachweise für die Wirksamkeit von früher palliativer Versorgung bei Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung sind eindeutig (Huo et al., 2022; Petrillo et al., 2024; Vanbutsele et al., 2018). Das Fachpersonal im Rahmen von OnCoPaTh betont die Notwendigkeit von Veränderungen in der Praxis, Politik und öffentlichen Bildung, um dieses Stigma zu überwinden, was sich auch in weiteren wissenschaftlichen Arbeiten zeigt (Gonçalves et al., 2025). Dies führte sowohl auf Patient*innen- als auch auf Fachseite zu Zurückhaltung und erschwerte aus Sicht der Befragten eine breitere Akzeptanz und Einführung der frühen palliativen Versorgung. Diese Hürde ist aus der internationalen Literatur bekannt und verdeutlicht den Bedarf an gezielter Sensibilisierung und Entstigmatisierungsstrategien**,** um die Akzeptanz der frühen palliativen Versorgung nachhaltig zu erhöhen (Collins et al., 2022).

Die Analyse zeigt weiterhin, dass die **Nachhaltigkeit stark von strukturellen Rahmenbedingungen abhängt**, was sich in anderen Untersuchungen bestätigt (Muho et al., 2025). Sowohl Ärzt*innen als auch OncoCoaches nannten Zeit, Personal und finanzielle Ressourcen als entscheidende Voraussetzungen, wobei insbesondere die fehlende Finanzierung der KoPP-Rolle nach Projektende eine erhebliche Barriere darstellt. Die Finanzierungsproblematik wird auch in der Literatur international (Dhollander et al., 2019), aber auch in Deutschland deutlich (Berendt et al., 2017). Zudem wurden klare Rollendefinitionen, institutionelle Rückendeckung und etablierte Kommunikationswege als Schlüsselfaktoren für die Nachhaltigkeit benannt. Hier wird deutlich, dass politisch-strukturelle Unterstützung notwendig ist, um das Modell langfristig zu sichern und nicht allein von institutionellem Engagement abhängig zu machen. Dies stellt eine Übersichtsarbeit als einen entscheidenden Faktor heraus (Sun et al., 2024). Integrierte Kommunikationsstrategien (z. B. Schulungen, interprofessionelle Workshops) können helfen, dass KoPPs und OCs ihre Rollen klarer kommunizieren und wahrgenommen werden.

Eine weitere Erkenntnis betrifft die **Passung zu bestehenden Organisationsabläufen**: In Einrichtungen mit vorhandenen Netzwerken und etablierten Strukturen (bspw. palliative Strukturen wie SAPV-Teams) konnte OnCoPaTh vergleichsweise leichter integriert werden. In Kontexten, in denen entsprechende Netzwerke oder klar definierte Schnittstellen fehlten, traten hingegen Implementierungsbarrieren deutlich hervor (Damschroder et al., 2009). Dies

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

unterstreicht die Relevanz einer frühzeitigen Kontextanpassung sowie einer gezielten, auf das jeweilige Versorgungsetting abgestimmten Einbettung der neuen Versorgungsform, was sich auch in der Literatur zeigt (G. Moore et al., 2021; Valenta et al., 2022). Modelle wie das Triple-C-Modell betonen, dass Nachhaltigkeit schon von Beginn an mitgedacht werden muss (Khalil & Kynoch, 2021). Finanzierung, Personalressourcen und strukturelle Unterstützung sollten in der Konzeptionsphase gesichert werden. OnCoPaTh sollte weiter daran ansetzen, bestehende Versorgungsnetzwerke und Routinen zu nutzen und zu stärken, um neue Prozesse möglichst ohne große Zusatzbelastung zu implementieren. Dokumentation und Abstimmungsaufwand müssen möglichst verringert bzw. effizient gestaltet werden, um eine zusätzliche Belastung des Systems im Arbeitsalltag zu vermeiden.

Die Interviewdaten gaben Hinweise auf ein **Transferpotenzial des Coaching-Formats** über die onkologische Versorgung hinaus. Mehrere Befragte regten an, das Modell auch auf andere onkologische Zielgruppen sowie ggf. auf andere Krankheitsbilder mit Nicht-Heilbarkeit und palliativer Perspektive auszudehnen. Damit wird die Anschlussfähigkeit des Konzepts deutlich, zugleich jedoch die Notwendigkeit einer strategischen, politisch-strukturellen Verankerung betont, um den Übergang von einem Projektcharakter in eine regelhafte Versorgung sicherzustellen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass OnCoPaTh – insbesondere über das OncoCoaching – eine hohe Akzeptanz und Anschlussfähigkeit aufweist und teilweise bereits in Routinen überführt wurde. Die dauerhafte Verstetigung erfordert jedoch eine gesicherte Ressourcenbasis, politische Steuerung sowie die Entstigmatisierung palliativer Versorgung. Nur unter diesen Voraussetzungen kann das Modell langfristig in seiner Gesamtheit wirksam werden.

Maintenance – KoPP

Die Dimension „Maintenance“ des RE-AIM-Frameworks beleuchtet, inwiefern eine Intervention nach Projektende langfristig fortgeführt und in bestehende Strukturen überführt werden kann. Im OnCoPaTh-Projekt zeigen sowohl die quantitativen Ergebnisse der T6-Erhebung mit dem G-NoMAD-Instrument als auch die qualitativen Befunde der dritten Interviewwelle (T7), dass das Modell grundsätzlich als anschlussfähig, relevant und potenziell verstetigbar wahrgenommen wird. Die Ergebnisse der vier Subskalen des G-NoMAD deuten in allen Fällen auf eine leicht höhere Zustimmung zur Implementierung in der VG II hin. Besonders auffällig ist dies in den Bereichen „Cognitive Participation“ und „Reflexive Monitoring“, die auf ein aktiveres Mitgestalten und eine positivere Bewertung der bisherigen Anwendung in der VG II schließen lassen. Auch die Subskalen „Coherence“ und „Collective Action“ spiegeln eine insgesamt positive Einschätzung der Sinnhaftigkeit und praktischen Umsetzbarkeit wider, wenn auch mit gewissen Unterschieden zwischen den Gruppen.

Diese Tendenz wird durch die qualitativen Interviewdaten gestützt, die ein vielschichtiges Bild der subjektiven Wahrnehmung und praktischen Umsetzung von OnCoPaTh zeichnen. Besonders in der IG wurde das Projekt emotional stark angenommen. Viele Beteiligte beschrieben eine tiefe persönliche Identifikation mit dem Projekt, verbunden mit dem Gefühl, Teil eines innovativen und sinnstiftenden Versorgungsmodells zu sein. Dieses emotionale Commitment stellte sich als zentraler Motivator für die Fortführungsbereitschaft heraus und ging über eine rein fachliche Nutzenabwägung hinaus. Die Rolle der KoPPs wurde nicht nur als fachlich bedeutsam, sondern auch als identitätsstiftend erlebt. Vor dem Hintergrund der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Theorie des Selbstwirksamkeitserlebens nach Albert Bandura (1997) lässt sich das hohe persönliche Commitment vieler Projektbeteiligter als Ausdruck einer ausgeprägten Überzeugung deuten, durch das eigene Handeln wirksam zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen zu können. Selbstwirksamkeit bezeichnet hierbei die subjektive Erwartung, schwierige Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können (Bandura, 1977). In OnCoPaTh äußerte sich dieses Erleben unter anderem in der Bereitschaft zur eigenverantwortlichen Gestaltung von Versorgungsabläufen, der aktiven Positionierung der KoPPs im Versorgungspfad („Early Integration“) und der wiederholten Betonung des eigenen Beitrags zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Die „Early Integration“ wurde von den Beteiligten als Gewinn empfunden, da sie eine kontinuierliche Begleitung der Patient*innen und eine engere interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichte. Auch in der VG II war die Bereitschaft zur Weiterführung des Modells spürbar, insbesondere im Hinblick auf bereits betreute Patient*innen. Die Auswahl der Zielgruppe (Patient*innen mit einer Erstdiagnose Fernmetastasierung) wurde als sinnvoll und bedarfsorientiert eingeschätzt. Insgesamt zeigte sich in beiden Gruppen eine hohe inhaltliche Akzeptanz des Projekts sowie eine positive Bewertung seiner Passung in bestehende Arbeitsabläufe. Viele Teilnehmende berichteten, dass die im Rahmen von OnCoPaTh durchgeführten Tätigkeiten weitgehend mit ihrer regulären Arbeit übereinstimmten, was die Anschlussfähigkeit erleichterte. Die Implementierung wurde somit nicht als zusätzliche Belastung, sondern eher als bewusste Weiterentwicklung bestehender Routinen wahrgenommen. Studien zeigen, dass Maßnahmen, die sich nahtlos in den Arbeitsalltag integrieren lassen oder bereits bekannten Tätigkeiten ähneln, mit höherer Wahrscheinlichkeit langfristig übernommen werden. Die Übereinstimmung mit etablierten Prozessen („compatibility“) fördert nicht nur die Akzeptanz während der Implementierung, sondern ist auch ein entscheidender Gelingensfaktor für die Phase der Maintenance (Moon et al., 2022). Wenn Fachkräfte die Intervention als Teil ihrer regulären Versorgungspraxis erleben, sinkt der wahrgenommene Aufwand und die Intervention wird als weniger störend oder ressourcenintensiv wahrgenommen, was wiederum die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Integration deutlich erhöht.

Dennoch wurden auch kritische Stimmen laut, insbesondere hinsichtlich unklarer Rollenverteilungen oder bürokratischer Hürden, beispielsweise in der Kommunikation zwischen KoPPs und OncoCoaches. Diese Einschränkungen führten jedoch nicht zu einer grundsätzlichen Ablehnung des Modells, sondern wurden vielmehr als Optimierungspotenzial für zukünftige Projekte verstanden.

Wesentlich für die langfristige Verstetigung von OnCoPaTh sind jedoch nicht nur individuelle Motivation und positive Erfahrungen, sondern vor allem strukturelle Voraussetzungen. Sowohl in der IG als auch in der VG II wurde deutlich, dass insbesondere personelle Ressourcen und eine verlässliche Finanzierung entscheidend sind, um das Modell dauerhaft umzusetzen. Die Rolle des OncoCoaches wurde zwar als essenziell, jedoch ohne zusätzliche Ressourcen als schwer realisierbar beschrieben. Der hohe Zeitaufwand, die fehlende Vergütung koordinativer Tätigkeiten und die personelle Auslastung in den Einrichtungen wurden als wesentliche Hürden benannt. Gleichzeitig wurde mehrfach betont, dass eine strukturierte und frühzeitige Begleitung auch zu wirtschaftlichen Vorteilen führen könne, etwa durch effizienteren Ressourceneinsatz und weniger ärztliche Gesprächszeit.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Notwendigkeit politischer Unterstützung wurde von vielen Interviewten unterstrichen. Gesetzgeberische Maßnahmen, finanzielle Anreizsysteme und eine explizite Anerkennung frühzeitiger palliativer Versorgung als Bestandteil der Regelversorgung wurden als zentrale Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung genannt. Diese Forderungen finden sich auch in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ wieder, die eine strukturierte, flächendeckende Verankerung palliativer Versorgungsangebote in der Regelversorgung fordert und explizit die politische Verantwortung für deren nachhaltige Finanzierung, Steuerung und Qualitätssicherung betont (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Bundesärztekammer, 2021).

Auch Fachpublikationen verweisen auf bestehende strukturelle Defizite: So fordern Schneider et al. (2010), dass allgemeinmedizinische (primärversorgende) Palliativversorgung deutlich stärker gefördert werden muss, und nicht nur spezialisierte Angebote. Dafür seien rechtliche Rahmenbedingungen und finanzielle Vergütungsmodelle unerlässlich, um primärärztliche Palliativkompetenz in der hausärztlichen Versorgung zu etablieren (Schneider et al., 2010). Die Erfahrung mit dem Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 (HPG) zeigte, dass gesetzgeberische Maßnahmen wie Zusatzvergütungen für ambulante Palliativmedizin und Kooperationspflichten für Pflegeheime wirkungsvolle Impulse setzen können. Der Gesetzgeber hebt dabei explizit die Förderung sektorenübergreifender Strukturen hervor, mit dem Ziel, Palliativversorgung als festen Bestandteil der Regelleistung zu etablieren.

Darüber hinaus wurden durch die KoPPs konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit eingebracht, z. B. durch Hospitationen zwischen ambulanter Praxis und SAPV-Teams oder durch eine Ausweitung des Modells auf nicht-onkologische Erkrankungen. Diese Perspektivenerweiterung macht deutlich, dass OnCoPaTh nicht als einmalige Intervention, sondern als grundsätzlich übertragbares Versorgungsmodell wahrgenommen wird. Die Vision einer nachhaltigen, entitätsübergreifenden Versorgung war in beiden Gruppen spürbar und wurde insbesondere durch das starke persönliche Engagement der Beteiligten getragen. Allerdings wurde auch angemerkt, dass zukünftige Projekte transparenter über das Projektende kommunizieren sollten, um mögliche Irritationen bei Patient*innen und Versorger*innen zu vermeiden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass OnCoPaTh sowohl inhaltlich als auch strukturell über gute Voraussetzungen für eine langfristige Etablierung verfügt. Die hohe Akzeptanz, die emotionale Identifikation und die Passung in bestehende Versorgungsstrukturen sprechen klar für eine Überführung in die Regelversorgung, vorausgesetzt, die identifizierten strukturellen Gelingensbedingungen, insbesondere ausreichende personelle Ressourcen, stabile Finanzierung und politische Unterstützung, werden systematisch adressiert.

4.1.2.6 Zusammenfassung – KoPP

Im Rahmen des OnCoPaTh-Projekts wurde mit dem Einsatz konsiliarisch tätiger Palliativpflegefachpersonen (KoPPs) ein innovativer Versorgungsansatz zur frühzeitigen palliativen Begleitung von Patient*innen mit nicht heilbaren onkologischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung erprobt. Ziel war es, die sektorenübergreifende Versorgungskontinuität zu stärken und interprofessionelle Kooperationsstrukturen gezielt zu verbessern. Die Evaluation erfolgte mittels eines Mixed-Methods-Designs, bestehend aus

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

schriftlichen Befragungen, Interviewauswertungen, der Analyse von Fallberichten im eCRF sowie der Interpretation visueller Versorgungsnetzwerke anhand von Miro-Boards.

Die quantitative Beteiligung an den Erhebungen war zu Projektbeginn mit 39 schriftlichen Rückläufen vergleichsweise hoch, sank jedoch im Verlauf auf 26 auswertbare Fragebögen zum Erhebungszeitpunkt T6. Um dem Rückgang zu begegnen, wurde ergänzend eine groß angelegte Online-Erhebung durchgeführt, an der 339 weitere Fachpersonen teilnahmen. Insgesamt nahmen 34 KoPPs aktiv an der praktischen Umsetzung des Versorgungsmodells teil.

Die qualitative Analyse verweist auf verschiedene Hürden, die die Einbindung potenzieller KoPPs und Patient*innen erschwerten. Neben pandemiebedingten Einschränkungen wurden vor allem geringe Fallzahlen, fortgeschrittene Krankheitsstadien sowie ein fehlendes Problembewusstsein in einzelnen Praxen genannt. In mehreren Fällen wurde das Projekt nicht aktiv in den Versorgungsalltag integriert oder war intern unzureichend kommuniziert worden. Die Umsetzung war demnach stark abhängig von den strukturellen, organisatorischen und kommunikativen Rahmenbedingungen innerhalb der beteiligten Einrichtungen.

Die KoPPs verfügten mehrheitlich über eine pflegerische Ausbildung mit Zusatzqualifikationen im Bereich Palliative Care. In der IG dominierten praxisorientierte Qualifikationen, während in der VG II häufiger akademische Bildungswege vertreten waren. Insgesamt ließ sich ein hohes Maß an Fachlichkeit feststellen, verbunden mit gruppenspezifischen Unterschieden hinsichtlich Erfahrung und Einbindung in bestehende Versorgungskontexte.

Im Projektverlauf entwickelte sich in der IG eine zunehmend reflektierte und aktiv gestaltete Haltung gegenüber der neuen Rolle. Die KoPPs beschrieben sich als intermediäre Instanzen mit Aufgaben in der psychosozialen Begleitung, Koordination, Beratung und Symptomkontrolle. Schulungsangebote, kollegiale Fallbesprechungen und institutionelle Unterstützung förderten die Rollenetablierung. Demgegenüber wurde die Rolle in der VG II häufig als formal limitiert erlebt. Die Verpflichtung, Informationen ausschließlich über den OncoCoach weiterzugeben, wurde als Einschränkung empfunden und ging teils mit Frustration über fehlende Handlungsspielräume einher.

Die Auswertung der PICTOR-Darstellungen verdeutlicht diese Unterschiede auf visueller Ebene: In der IG entstand im Projektverlauf ein deutlich komplexeres und interdisziplinär vernetztes Versorgungsbild. KoPPs und OncoCoaches wurden als zentrale koordinierende Schnittstellen verortet, ergänzt durch systematisch eingebundene Angebote wie Psychoonkologie, Trauerbegleitung oder Ehrenamt. In der VG II blieben die Netzwerke hingegen stärker fallbezogen, weniger strukturiert und häufiger auf klassische medizinische Akteur*innen beschränkt.

Im eCRF wurden insgesamt 601 palliativpflegerische Gespräche dokumentiert – nahezu gleich verteilt auf IG (n = 304) und VG II (n = 297). Die mittlere Gesprächszahl lag bei 5,5 Gesprächen pro Patient*in. In der IG wurde häufiger nur ein einmaliger Kontakt dokumentiert. Der Großteil der Gespräche fand telefonisch statt, meist ohne anwesende Dritte. Gespräche über 60 Minuten wurden in der IG häufiger geführt als in der VG II. Die Kommunikation zwischen KoPP und OncoCoach (n = 493) war überwiegend schriftlich und meist kurz (< 10 Minuten). Eine aktive Weiterleitung von Informationen durch die KoPPs an die OncoCoaches fand ausschließlich in der IG statt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Auswertung dokumentierter Krankenhausaufenthalte (n = 70) zeigte, dass rund zwei Drittel ungeplant erfolgten. Unterschiede zwischen IG und VG II waren dabei gering. Die meisten Aufenthalte dauerten bis zu 14 Tage.

Fragebogendaten belegen eine insgesamt stabile Wahrnehmung von Gesundheitskompetenz (HLHO-10), Teamarbeit und Kommunikation (UWE-IP) ohne relevante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Bereitschaft zur Implementierung (ORIC) variierte leicht über die Zeit, mit temporären Vorteilen der IG zu T4, die sich jedoch bis T6 wieder nivellierten.

Die Versorgungskontinuität wurde von vielen KoPPs als unzureichend bewertet. Die Einbindung in den Versorgungsprozess erfolgte häufig verspätet. Informationsflüsse von professionellen Akteur*innen (z. B. Hausärzt*innen, Krankenhäuser) wurden als lückenhaft eingeschätzt, während informelle Quellen wie Patient*innen und Angehörige als deutlich hilfreicher wahrgenommen wurden. Auch die eigene Informationsweitergabe wurde gegenüber institutionellen Partnern deutlich kritischer bewertet als gegenüber Patient*innen und deren Umfeld.

Hinsichtlich der Nutzung neuer Versorgungsbausteine zeigte sich ein differenziertes Bild: Die IG nutzte Fallkonferenzen, Tumorkonferenzen und strukturierte Übergabematerialien häufiger als die VG II. Digitale Tools wurden in beiden Gruppen nur in Einzelfällen verwendet.

In der abschließenden Erhebung bewerteten KoPPs aus der IG die neue Rolle mehrheitlich positiv. Die emotionale Identifikation mit dem Projekt, das Erleben professioneller Anerkennung und der wahrgenommene Nutzen für die Patientenversorgung wurden als zentrale Argumente für eine dauerhafte Etablierung benannt. Erste lokale Verstetigungsbestrebungen wurden berichtet.

Demgegenüber äußerten KoPPs in der VG II häufiger Zweifel an der Zukunftsfähigkeit der Rolle, insbesondere aufgrund fehlender Handlungskompetenz und geringer institutioneller Sichtbarkeit. Die langfristige Integration wurde dort meist kritisch eingeschätzt.

Mehrere strukturelle Bedingungen wurden als entscheidend für eine nachhaltige Implementierung genannt: Ausreichendes Personal, verlässliche Finanzierung, politische Rückendeckung sowie digitale und rechtliche Schnittstellen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Hospitationen und gegenseitige Einblicke in unterschiedliche Versorgungskontexte wurden als mögliche Maßnahme zur Förderung des Verständnisses zwischen Berufsgruppen angeregt. Darüber hinaus wurde angeregt, das Modell perspektivisch auf weitere Krankheitsbilder auszuweiten.

Insgesamt zeigt die Evaluation, dass die konsiliarisch tätige Palliativpflegekraft als strukturelle Innovation in der ambulanten Onkologie einen wertvollen Beitrag leisten kann, vorausgesetzt, sie wird organisatorisch und finanziell eingebettet, interprofessionell akzeptiert und mit ausreichend Ressourcen unterstützt.

4.1.3 Sozio-ökonomisches Impact Assessment

Das sozio-ökonomische Impact Assessment konnte trotz der Herausforderungen in der Umsetzung der Studie durchgeführt werden und lieferte belastbare und für eine Translation in die Regelversorgung verwertbare Ergebnisse zu Kosten und Nutzen für die neue Versorgungsform als Ganzes sowie separat für die involvierten Akteur*innen. Durch die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

geringe Fallzahl konnte allerdings eine Wirksamkeit der nVF im Sinne der Kosten im SGB V nicht modelliert werden.

Im Rahmen der Geschäftsmodellentwicklung konnten zudem die Rahmenbedingungen für eine wirtschaftlich tragfähige Etablierung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen (KoPP) in Form einer selbstständigen Tätigkeit von Pflegefachkräften modelliert werden. Die Einführung dieses Berufsbildes ist insofern wichtig, als dass sie eine neue Rolle und Verantwortlichkeiten schafft, die auf spezifische Bedürfnisse von Patient*innen mit metastasierenden Tumoren innerhalb der Versorgung zugeschnitten sind. Die Vergütung dieser neuen Berufsgruppe durch die GKV wurde auf Grundlage der Vergütung für Hebammen entwickelt. Die modellierten Versorgungskosten belaufen sich auf durchschnittlich etwa 185€ pro Versorgungsfall. Diese Zusatzkosten können aktuell nicht durch entsprechende Einsparungen in der stationären Versorgung oder bei Arzneimittelkosten ausgeglichen werden. Im Vergleich mit den durchschnittlichen Fallkosten für unterschiedliche Formen ambulanter palliativer Versorgung sind sie aber als eher niedrig anzusehen.

Abgesehen davon zeigt sich auch das Geschäftsmodell für die onkologischen Praxen als vielversprechend. Die Umsetzung einer Delegation von Aufgaben der Onkolog*innen an OC deutet auf eine gute Option der Schaffung neuer Behandlungskapazitäten in onkologischen Praxen hin. Im hier gerechneten Modell sind keine Vergütungsleistungen für die Implementierung und Erbringung von OncoCoaching vorgesehen. Mit Blick auf die vergleichsweise lange Zeit bis zur Amortisation der initialen Kosten für die Praxis müsste diese Annahme bei einer Translation überprüft werden, insb. wenn sich Hinweise auf eine klinische und damit kostenmäßige Wirksamkeit der nVF ergeben.

Dem Potenzial des Delegationsmodells kommt im Kontext des sich abzeichnenden Fachkräftemangels (auch) im Bereich der onkologischen ärztlichen Versorgung weitere Bedeutung zu. Denn letztendlich besteht hiermit die Möglichkeit, die Anzahl der versorgten Patient*innen pro Praxis zu erhöhen, ohne unmittelbare Einbußen in der Versorgungsqualität in Kauf nehmen zu müssen.

Hierin ist letztendlich auch eine von zwei wesentlichen Herausforderungen in der Umsetzung des OncoCoaching in onkologischen Praxen zu sehen. Um den erhofften Effekt zu erzielen, muss zum einen die Arbeit von OncoCoaches nach klar definierten und überwachten Qualitätsstandards erfolgen. Diese müssen wiederum im Rahmen einer entsprechenden Ausbildung abgebildet werden. Zum zweiten legen die Ergebnisse des Modells nahe, dass die Delegation in der Praxis vollständig, umfassend und nachhaltig erfolgen muss. Die wirtschaftliche Tragfähigkeit hängt davon ab, dass die Delegation bei einem gewissen Anteil von geeigneten Patient*innen erfolgt und ebenso einen gewissen Anteil der sonst ärztlich erbrachten Leistungen umfasst. Diese Umstellung der Arbeitsweise in der Praxis sollte auch nur einmalig erfolgen und danach die Regelarbeitsweise darstellen. Wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, besteht die Gefahr, dass die initialen Kosten der Implementierung der nVF, aber auch fortlaufende Aufwände für die Akquise, Ausbildung und Integration neuer OC nicht mehr von den Einspareffekten gedeckt werden. Ein Implementierungsprogramm für OnCoPaTh in onkologischen Praxen sollte diese Aspekte aufgreifen und insb. Praxisinhaber*innen entsprechend schulen und ihnen benötigtes „Handwerkszeug“ (wie standardisierte Onboarding-Prozesse) an die Hand geben.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Einschränkungen durch die schwierige Umsetzung der Studie zeigten sich neben der Gesundheitsökonomie auch bei den Ergebnissen der Patient*innen recht deutlich. Die Daten zur Zufriedenheit mit der Versorgung waren moderat positiv, könnten unter günstigeren Rahmenbedingungen aber vermutlich noch besser werden. Auf Grundlage der vorhandenen Daten lässt sich zumindest nicht ableiten, dass Patient*innen einer Versorgung OnCoPaTh kritisch oder ablehnend gegenüberstünden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die neue Versorgungsform, insbesondere durch das OncoCoaching, auf der Ebene der Politik oder Gesellschaft die wichtige Frage adressiert, wie die Versorgung in Zukunft in Anbetracht auf sich abzeichnende steigende Fallzahlen der Erkrankungen sowie einer sinkenden Anzahl von Fachärzt*innen aussehen kann. Mit der Delegation durch Onkolog*innen an weitergebildete OC kann Arbeitszeit der Onkolog*innen geschaffen werden, in der weitere Patient*innen behandelt werden können.

4.2 Limitationen der Evaluation

4.2.1 Summative Evaluation – Wirksamkeit

Die Interpretation der Studienergebnisse unterliegt mehreren übergreifenden methodischen Einschränkungen, die die Validität und Generalisierbarkeit der Befunde beeinträchtigen können.

Die angestrebte Zielgröße von 600 Patient*innen je Studienarm wurde nicht erreicht, wodurch die statistische Power zur Detektion von Interventionseffekten erheblich reduziert wurde. Die tatsächlich eingeschlossenen Patient*innen limitieren die Aussagekraft der Ergebnisse und erhöhen das Risiko für Typ-II-Fehler.

Die hier berichteten Endpunkte basierten auf schriftlichen Selbsteinschätzungen der Patient*innen, wodurch systematische Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit, subjektive Einschätzungsunterschiede und Erinnerungsfehler nicht ausgeschlossen werden können. Fehlende Fragebogenrückläufe führten zusätzlich zu einer systematischen Unterschätzung der tatsächlichen Ereignisinzidenzen, da in diesen Fällen keine Datenerfassung möglich war. Zudem könnten Patient*innen mit besonders hohem Unterstützungsbedarf oder schwerer Krankheitslast in der Studienpopulation unterrepräsentiert sein, da diese Gruppe möglicherweise seltener an längeren schriftlichen Befragungen teilnimmt oder das Ausfüllen von Fragebögen durch Krankenhausaufenthalte eingeschränkt nur möglich war. Dies könnte zu einer Unterschätzung der Interventionsbedarfe geführt haben.

Zeitlich fielen die VG I (Start Ende 2019) und C-RCT (Start Ende 2021) in verschiedene Phasen der COVID-19-Pandemie, wodurch sich unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Versorgung ergaben. Pandemiebedingte Veränderungen in der onkologischen Routineversorgung, verändertes Patientenverhalten und Einschränkungen in der Studiendurchführung könnten die Vergleichbarkeit zwischen den Studienphasen beeinträchtigt haben. Darüber hinaus könnte das multizentrische Studiendesign eine gewisse Heterogenität in der Interventionsumsetzung bedingt haben. Unterschiedliche Einrichtungsarten (Kliniken, MVZ, Praxen) sowie regionale Rahmenbedingungen könnten die Implementierungstreue beeinflusst und potenzielle Interventionseffekte verwässert haben.

Zudem sind die Studienergebnisse durch die statistische Modellierung limitiert. In den Analysen wurden die Krebsentitäten sowie die Krankheitsschwere nicht berücksichtigt. Im

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gruppenvergleich lassen sich leichte Unterschiede in diesen Merkmalen erkennen. Aufgrund der Datenlage und der unzureichenden Modellgüte war eine Adjustierung jedoch nicht möglich. Zum Beispiel war in den Primärdaten der Performance-Status in 63 % der IG und 38 % der VG II nicht dokumentiert (siehe Tabelle 13). Da diese Merkmale potenziell einen Einfluss auf die untersuchten Endpunkte haben, könnte ihre fehlende Berücksichtigung zu Verzerrungen in den Effektschätzern führen. Zudem zeigten sich in mehreren Analysen Hinweise auf Überparametrisierung der Zufallsstrukturen und Singularitätsprobleme in den Regressionsmodellen. Dies schränkt sowohl die Interpretierbarkeit der Clustereffekte auf Einrichtungsebene als auch die Präzision der Parameterschätzungen ein.

Diese methodischen Limitationen müssen bei der Bewertung der Studienergebnisse und deren Übertragbarkeit in die Versorgungsrealität berücksichtigt werden.

Die Interpretation der Primärdaten der OnCoPaTh-Studie ist durch mehrere methodische, strukturelle und kontextuelle Limitationen eingeschränkt:

Studiendesign und Stichprobe

Die angestrebte Zielgröße von 600 Patient*innen pro Studienarm wurde nicht erreicht, wodurch die statistische Power zur Detektion von Interventionseffekten eingeschränkt ist. Die Drop-out-Rate war hoch, insbesondere bedingt durch Krankheitsprogression und Tod der Patient*innen. Dies führte zu einer Reduktion der Stichprobe im Verlauf und begünstigte Selektionsprozesse: Patient*innen mit stabiler Gesundheit oder besserem funktionellen Status blieben potenziell überrepräsentiert. Die Population war überwiegend ambulant und selbstständig versorgt und wies bereits zu Beginn geringe Unterstützungsbedarfe sowie eine hohe Lebensqualität auf, was potenziell Deckeneffekte verursachte und mögliche Effekte der Intervention schwer messbar machte.

Messinstrumente

Die Erhebung beruhte vollständig auf schriftlichen Selbstauskunftsfragebögen, was Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit, Interviewereffekte und subjektive Einschätzungsunterschiede begünstigen kann. Insbesondere bei mehreren Erhebungszeitpunkten könnte die Bekanntheit der Interviewer*innen innerhalb des Projekts die Antworten beeinflusst haben. Zudem war die Umsetzung der UWE-IP-Skala fehlerhaft (fehlendes Item, falsches Antwortformat), wodurch die Vergleichbarkeit und Validität bei diesem Instrument eingeschränkt ist. Die Erfassung ungeplanter Ereignisse (Krankenhausaufenthalte, Notaufnahmen) basiert ebenfalls auf Selbstauskünften und ist anfällig für Erinnerungsfehler. Fehlende Fragebogenrückläufe führen zusätzlich zu einer potenziellen Unterschätzung der tatsächlichen Inzidenzen.

Population und Generalisierbarkeit

Die Studienpopulation umfasste Patient*innen mit fortgeschrittener und nicht heilbarer Krebserkrankung, wodurch ein Vergleich mit bevölkerungsbezogenen Daten nur eingeschränkt möglich ist. Zentren ohne Palliativintegration (KoPP grundsätzlich auch in der VG II verfügbar) wurden nicht berücksichtigt, sodass die Generalisierbarkeit der Befunde auf andere Versorgungsstrukturen begrenzt ist. Die Zusammensetzung der Stichprobe (Alter, Tumorentitäten, funktioneller Status) könnte die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Patientengruppen einschränken.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Implementierung und Kontext

Unterschiedliche Einrichtungsarten, regionale Rahmenbedingungen und Heterogenität in der Implementierung (Implementierungstiefe sowie -intensität) der Interventionselemente könnten die Interventionseffekte verwässert haben. Zudem beeinflussten externe Faktoren wie die COVID-19-Pandemie, Personalwechsel oder Vorerfahrungen der Patient*innen potenziell die Ergebnisse. Die Intensität und Individualisierung der Intervention waren möglicherweise nicht ausreichend, um messbare Effekte zu erzielen, insbesondere bei bereits hoher Versorgungsqualität und niedrigen Unterstützungsbedarfen der Patient*innen.

Analyse und statistische Modelle

Überparametrisierung der Zufallsstrukturen in den Clustermodellen erschwert die Interpretierbarkeit von Einrichtungs- und Clustereffekten. Kovariaten wie Alter und Geschlecht hatten keinen konsistenten Einfluss auf die Endpunkte und Unterschiede zwischen Einrichtungen erklärten nur einen geringen Teil der Varianz. Die geringe Stichprobengröße und damit nicht erreichte Fallzahlen schränken insbesondere die Aussagekraft von Subgruppenanalysen ein.

Zusammenfassung

Insgesamt sind die Ergebnisse der Primärdatenanalyse durch geringe Fallzahlen, hohe Drop-out-Raten, selektive Stichproben, methodische Limitierungen der Messinstrumente, Deckeneffekte sowie Kontext- und Implementierungsvariabilität limitiert. Die Generalisierbarkeit der Befunde auf andere Patientenpopulationen und Versorgungsstrukturen ist eingeschränkt.

Als wesentliche Limitationen sind zunächst Faktoren zu nennen, die eigentlich vor der Evaluation lagen und die gesamte Umsetzung des Vorhabens im Vergleich zur ursprünglichen Planung stark negativ beeinflusst haben. Wie oben dargestellt prägte, die Coronapandemie die Projektarbeit insbesondere während der Interventionsphase stark. Dies betraf einerseits die Arbeit der rekrutierenden Zentren mit entsprechend negativen Auswirkungen auf Rekrutierung und Erbringung der Intervention. Zum anderen betraf es das Projektteam hinsichtlich der Notwendigkeit zur fortwährenden Umplanung von Arbeitsprozessen, aber auch der Studie selbst und der Erhebung und Auswertung von Daten. Diese externen Faktoren überlagern letztendlich alle verbleibenden Limitationen eher methodischer Art und sind nach Auffassung der Evaluator*innen wesentlich für die Restriktionen bei den Evaluationsergebnissen verantwortlich zu machen.

Limitationen der Ergebnisse der Routinedatenanalysen

Die Ergebnisse der Routinedatenanalysen sind vor dem Hintergrund der Datenqualität und methodischen Vorgehensweise einzuschätzen: Generell ist anzumerken, dass es zu fehler- und lückenhaften Einträgen in den Routinedaten kommen kann (Matusiewicz et al., 2014). Außerdem ist zu beachten, dass Routinedaten der Krankenkassen zu Abrechnungszwecken und nicht zu Forschungszwecken erhoben werden (Slagman et al., 2023). Dadurch können relevante klinische Informationen fehlen oder verzerrt sein, wenn Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen kodiert werden. Diagnosen sind ausschließlich über ICD-10-Codes abgebildet, welche durch Abrechnungsanreize beeinflusst sein können, womit die Validität und Qualität der Daten beeinträchtigt werden. Abrechnungsdaten enthalten weder Laborwerte noch Informationen zum Schweregrad von Erkrankungen, zur Symptomatik oder

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zur Lebensqualität der Patient*innen (Ingrid Schubert, 2022). Für die gesundheitsökonomische Analyse ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass Kostendaten im Allgemeinen mit einer hohen Variabilität behaftet sind, da sie stark von individuellen Faktoren wie Komorbiditäten, Behandlungsstrategien und regionalen Versorgungsstrukturen abhängen, die aufgrund ihrer mangelnden Verfügbarkeit und geringen Fallzahlen nicht in die Analysen mit aufgenommen werden konnten.

Fehleranfällig ist außerdem die Datenaufbereitung und Vereinheitlichung der von verschiedenen Krankenkassen bereitgestellten Routinedaten. Die Wahl der Methode der Diagnosevalidierung kann zu Verzerrungen hinsichtlich des CCI und der Anzahl an Krebsdiagnosen geführt haben. Zu berücksichtigen ist für die Ergebnisse auf Basis der Routinedaten zudem, dass der Nachbeobachtungszeitraum von fünf bzw. sechs Quartalen relativ kurz war und viele Versicherte bereits im Beobachtungszeitraum verstorben sind. Somit bleiben potenzielle (längerfristige) Effekte der Intervention ggf. unberücksichtigt. Abgesehen von diesen Limitationen wurden die Routinedatenanalysen so durchdacht sowie sorgfältig wie möglich durchgeführt und die Aufbereitungs- sowie Analyseschritte von einer weiteren Forscherin überprüft.

4.2.2 Prozessevaluation – RE-AIM

Die Ergebnisse der Prozessevaluation von OnCoPaTh unterliegen mehreren methodischen, strukturellen und kontextuellen Einschränkungen, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen.

Die **Dimension Reach** ist durch eine hohe Drop-out-Rate von 67 % im Follow-up limitiert, die vor allem auf Krankheitsprogression und Tod der Patient*innen zurückzuführen ist. Dadurch reduziert sich die Stichprobe über die Zeit erheblich, was zu einer eingeschränkten Repräsentativität und potenziellen Selektionseffekten führt, welche die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die gesamte Zielgruppe vulnerabler onkologischer Patient*innen limitieren. Insbesondere hochvulnerable Patient*innen mit stärkerer Krankheitsbelastung sind potenziell unterrepräsentiert, während relativ fitte Patient*innen mit besserer Lebensqualität verbleiben. Die Zusammensetzung der ITT-Analysepopulation war zudem jünger, häufiger weiblich und insgesamt weniger belastet, was ebenfalls darauf hindeutet, dass besonders schwer erkrankte Patient*innen, die für eine frühzeitige palliative Integration besonders relevant sind, nur begrenzt erreicht werden konnten und damit unterrepräsentiert bleiben.

Die qualitativen Daten bieten durch 37 Interviews mit 16 Patient*innen wertvolle längsschnittliche Einblicke, doch ist die Anzahl der Zielpersonen insgesamt begrenzt. Zudem wurden Angehörige nicht qualitativ in die Untersuchung einbezogen. Dies verhindert eine differenzierte Einschätzung ihrer Motivation, Barrieren oder Bedarfe im Hinblick auf die Teilnahme ihres*ihrer angehörigen Patient*in an der Studie. Damit bleibt die Perspektive dieser Zielgruppe unberücksichtigt, obwohl sie potenziell entscheidenden Einfluss auf die Reichweite haben könnte.

Ein weiterer limitierender Faktor ergibt sich aus den Rekrutierungswegen. Der Zugang erfolgte primär über behandelnde Ärzt*innen und OncoCoaches, wodurch ein sogenannter Gatekeeper-Effekt (Velasco Garrido et al., 2011) entstehen kann: Patient*innen wurden somit potenziell weniger systematisch, sondern nach subjektiver Einschätzung des beteiligten Personals angesprochen. Schriftliche Informationsmaterialien wie Flyer oder Broschüren

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

spielten nur eine nachrangige Rolle, sodass Patient*innen mit geringerem direktem Kontakt zum Personal möglicherweise ausgeschlossen blieben.

Die Reichweite war zudem in hohem Maße von strukturellen Rahmenbedingungen abhängig. Zeitliche Ressourcen, organisatorische Koordination und das Engagement des beteiligten Personals beeinflussten maßgeblich den Rekrutierungserfolg. Unterschiede zwischen Einrichtungen (beispielsweise hinsichtlich vorhandener Netzwerke oder etablierter palliativmedizinischer Strukturen), insbesondere aufgrund der Einrichtungsart (MVZ, niedergelassene Praxis, Klinikambulanz) und Trägerschaft, führten zu heterogenen Ergebnissen. Folglich kann die Reichweite nicht allein als Abbild des inhaltlichen Bedarfs interpretiert werden, sondern spiegelt auch die organisatorische Leistungsfähigkeit und Ressourcenverfügbarkeit der Einrichtungen wider. Zentren ohne Palliativintegration blieben beim Gruppenvergleich der C-RCT (IG vs. VG II) unberücksichtigt, wodurch die Generalisierbarkeit weiter eingeschränkt wird.

Besonders hervorzuheben ist zudem die Rolle der konsiliartätigen Palliativpflegefachkräfte (KoPPs). Ihre potenzielle Funktion, die Reichweite zu erhöhen, konnte in dieser Evaluation nur eingeschränkt bewertet werden, da sie in den meisten Einrichtungen nicht systematisch verankert waren. Aussagen zur Bedeutung der KoPPs sind daher nur für jene Kontexte belastbar, in denen eine aktive Einbindung erfolgte.

Es bleibt zu berücksichtigen, dass Unterschiede im Informations- und Versorgungsverhalten der Patient*innen zwar als relevant für die Reichweite identifiziert wurden, jedoch nur indirekt erfasst werden konnten. Faktoren wie individuelle Recherchegewohnheiten oder subjektive Einstellungen zur Krebsberatung spielten eine wichtige Rolle für die Teilnahmebereitschaft, wurden aber nicht systematisch erhoben. Damit fehlen Einflussgrößen, die für ein umfassenderes Verständnis der Reichweite bedeutsam wären.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse zur Dimension Reach zwar wichtige Erkenntnisse über Reichweite und Barrieren der Intervention liefern, ihre Interpretation jedoch durch potenziell selektive Stichproben, strukturelle Abhängigkeiten und unvollständig erfasste Einflussfaktoren begrenzt wird.

Die Interpretation der Ergebnisse zur **Dimension Effectiveness** ist mit mehreren Limitationen verbunden. Die quantitativen Analysen zeigten durchgängig keine signifikanten Gruppenunterschiede. Dies lässt sich teilweise auf Deckeneffekte zurückführen: Zufriedenheitswerte, Lebensqualität und wahrgenommene Behandlungsqualität lagen bereits zu Beginn der Studie auf einem hohen Niveau, sodass mögliche Verbesserungen durch die Intervention mit den eingesetzten Instrumenten kaum bzw. nur bedingt messbar waren. Damit ist nicht auszuschließen, dass relevante Veränderungen aufgrund dieser methodischen Limitationen unentdeckt blieben.

Ein weiteres methodisches Problem besteht in der Diskrepanz zwischen qualitativen und quantitativen Befunden. Während qualitative Interviews deutliche subjektive Verbesserungen (z. B. in Bezug auf Sicherheit, Vertrauen, Koordination, Kommunikation) sowohl auf Anwenderseite (OC und KoPP) als auch auf Zielgruppenseite (Patient*innen) aufzeigten, konnten diese Effekte in den standardisierten Instrumenten nicht abgebildet werden. Dies deutet darauf hin, dass die verwendeten Messinstrumente die relevanten Wirkdimensionen nur unzureichend erfassen. Daraus ergibt sich eine eingeschränkte Validität der quantitativen Ergebnisdarstellung.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusätzlich war die Drop-out-Rate im Verlauf hoch und insbesondere durch Krankheitsprogression und Tod der Patient*innen bedingt. Dadurch reduzierte sich die Stichprobe erheblich, was die Aussagekraft insbesondere im längsschnittlichen Vergleich einschränkt und Selektionsprozesse begünstigt. Die quantitative Analyse stützt sich folglich potenziell primär auf vergleichsweise fitte Patient*innen mit stabilerer Gesundheit, wodurch vulnerable Gruppen unterrepräsentiert bleiben können.

Auch die Befragung der Angehörigen unterliegt Einschränkungen. Zwar konnten quantitative Daten erhoben werden, jedoch fehlen auch hier qualitative Vertiefungen, sodass zentrale Aspekte ihrer Wahrnehmung und Bedarfe hinsichtlich der Effektivität der neuen Versorgungsform nicht erfasst wurden. Dies limitiert die Interpretierbarkeit der Ergebnisse und verhindert eine differenzierte Einschätzung der Intervention aus Angehörigenperspektive.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): Mehrere Interviewpartner*innen beschrieben die standardisierten Fragebögen als belastend oder wenig relevant für ihre Situation, beispielsweise aufgrund eines subjektiv guten Gesundheitszustands. Dies deutet darauf hin, dass die eingesetzten Instrumente nicht nur potenziell selektive Effekte erfassen, sondern auch potenziell die Teilnahmebereitschaft und Datenqualität beeinflussen bzw. verzerren, aufgrund eines entsprechend positiven Antwortverhaltens.

Schließlich zeigten die Analysen zu ungeplanten Ereignissen (z. B. Krankenhausaufenthalte, Notaufnahmebesuche) nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen. Aus qualitativer Perspektive war der Nutzen schwer einzuschätzen. Dies weist auf die Schwierigkeit hin, komplexe Interventionen allein anhand „harter“ quantitativer Endpunkte adäquat zu bewerten, da kontextuelle Faktoren die Wirkung maßgeblich beeinflussen und potenziell überlagern können. Zur ganzheitlichen Erfassung der Effektivität einer komplexen Intervention bedarf es zusätzlich qualitativer Perspektiven und einer Mixed-Methods-Integration (Skivington et al., 2021).

Zusammenfassend sind die Ergebnisse zur Effektivität von OnCoPaTh durch methodische Limitierungen (Deckeneffekte, eingeschränkte Sensitivität der eingesetzten Instrumente hinsichtlich der gemessenen Endpunkte), Stichprobenprobleme (Drop-outs, Selektionseffekte) sowie unvollständige Erfassung systemischer Effekte begrenzt.

Die Ergebnisse zur **Dimension Adoption** sind durch verschiedene Einschränkungen zu relativieren. Es zeigt sich, dass die Rekrutierung und Beteiligung der Einrichtungen zwar grundsätzlich erfolgreich verliefen, die Teilnahme jedoch durch deutliche strukturelle Unterschiede geprägt war. Knapp die Hälfte der Einrichtungen verfügte nicht über separate Räumlichkeiten für Coaching-Gespräche, hinzu kamen heterogene zeitliche und personelle Ressourcen. Diese Faktoren begrenzten die Umsetzungstiefe und Intensität und führten zu einer großen Varianz in der Adoptionsqualität.

Ein weiteres methodisches Problem besteht darin, dass Einrichtungen mit bereits bestehenden Beratungs- oder Unterstützungsstrukturen existierten, die eine erhöhte Offenheit gegenüber OnCoPaTh zeigten. Dadurch könnten Selektionsprozesse (Selektionsbias) durch die freiwillige Teilnahme besonders engagierter Einrichtungen eingetreten sein, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse sowie insbesondere valide Gruppenvergleiche einschränken.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hinsichtlich der OCs lässt sich festhalten, dass die quantitativen Daten vorrangig standardisierte Profile (zumeist weiblich, pflegerischer Hintergrund, mittlere Reife) abbilden. Ob und wie die Rolle auch von anderen Berufsgruppen oder in anderen soziodemografischen Zusammensetzungen erfolgreich adaptiert werden kann, bleibt offen. Zudem basiert die Einschätzung der OCs stark auf Selbstangaben und auf Patientenberichten, sodass Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden können.

Die Rolle der KoPPs war besonders von Limitierungen betroffen. Quantitative Daten belegen eine insgesamt geringe Erreichbarkeit, die im Verlauf des Projekts weiter abnahm. Qualitativ wurde sichtbar, dass strukturelle Barrieren (z. B. Zeitmangel, unklare Verantwortlichkeiten, Rollenkonflikte im Behandlerteam (Onkolog*in – OC – KoPP) sowie die oftmals fehlende oder verzögerte Identifikation von Patient*innen zu einer eingeschränkten Umsetzung führten. Diese Befunde legen nahe, dass die Adoption der KoPP-Rolle in Teilen nur formal erfolgte und eine nachhaltige funktionale Integration in die Versorgungspraxis nicht systematisch gelang. Damit bleibt unklar, ob die Rolle der KoPPs tatsächlich flächendeckend implementierbar ist oder nur in ausgewählten Kontexten funktioniert.

Ein weiteres methodisches Defizit liegt in der geringeren Datenbasis ärztlicher Perspektiven. Während quantitative Erhebungen vorliegen, fehlen qualitative Vertiefungen zu den ärztlichen Sichtweisen. Dies schränkt eine umfassendere Bewertung der Adoptionsbedingungen ein, da insbesondere die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Akzeptanz durch Ärzt*innen als zentrale Einflussfaktoren relevant sind.

Zudem wirkten externe Faktoren wie die COVID-19-Pandemie auf die Adoption ein. Zwar berichteten die Beteiligten, dass die Versorgungsqualität der Patient*innen nicht unmittelbar beeinträchtigt wurde, jedoch verschärfte die Pandemie die Ressourcenknappheit erheblich und führte u.a. zu Verzögerungen in der Rekrutierung. Damit war die Adoptionsbereitschaft nicht allein projektimmanent, sondern in Teilen durch externe Stressoren beeinflusst, was die Vergleichbarkeit mit „normalen“ Implementierungsbedingungen einschränkt. Externe Faktoren wie COVID-19, Personalwechsel oder unterschiedliche Vorerfahrungen wurden nicht systematisch erfasst oder kontrolliert.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Ergebnisse zur Adoption von OnCoPaTh durch strukturelle Heterogenität, selektive Beteiligung, eingeschränkte Reichweite der KoPPs, fehlende qualitative ärztliche Perspektiven und pandemiebedingte Belastungen limitiert sind. Diese Faktoren müssen bei der Interpretation und Ableitung von Implikationen berücksichtigt werden, da sie die Aussagekraft zur Generalisierbarkeit und Nachhaltigkeit der Adoption einschränken.

Die Ergebnisse zur **Dimension Implementation** verdeutlichen mehrere Limitationen. Es wurde eine tendenziell selektive Umsetzung der Interventionselemente ersichtlich: Während das OncoCoaching weitgehend systematisch implementiert werden konnte, erfolgte die Integration der KoPPs und die Nutzung der KAM-Datenbank nur eingeschränkt und stark einrichtungsabhängig. Die vorgesehene frühe palliative Versorgung wurde häufig nicht konsequent umgesetzt, sondern oftmals erst in späteren Krankheitsstadien sowie zudem über bereits bestehende Strukturen (z. B. SAPV-Teams, Tagesklinik) aufgegriffen.

Strukturelle Rahmenbedingungen erwiesen sich als zentrale Barrieren. Zeitliche und personelle Ressourcen, fehlende räumliche Kapazitäten sowie unzureichend institutionalisierte sowie institutionsübergreifende Kommunikationswege limitierten die

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Umsetzung und Nachhaltigkeit. Auch Aspekte wie Vergütung, Karriereperspektiven und eine fehlende klare institutionelle Unterstützung für OCs und KoPPs wirkten sich hemmend auf die Verstetigung aus.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit war häufig auf funktionale und informelle Austauschprozesse beschränkt. Fehlende digitale Plattformen, datenschutzrechtliche Hürden, erheblicher Dokumentationsaufwand sowie eine starke Abhängigkeit von persönlichen Beziehungen beeinflussten einen kontinuierlichen, systematischen Informationsfluss zwischen den beteiligten Berufsgruppen maßgeblich.

Ein weiteres Hemmnis stellte die nach wie vor bestehende Stigmatisierung des Themas Palliativversorgung dar. Dieses wurde von Patient*innen und teilweise auch von Fachpersonal (OC, Onkolog*innen) als belastend oder nicht relevant wahrgenommen, was die Implementierung einer frühzeitigen palliativen Betreuung erheblich erschwerte. Zudem nahmen Patient*innen Interventionselemente wie das OncoCoaching oft nicht als spezifisch neue Versorgungsbausteine wahr, sondern ordneten sie der regulären onkologischen Versorgung zu. Dies kann einerseits als Hinweis auf eine gelungene Integration, andererseits aber auch als eingeschränkte Sichtbarkeit der Intervention gewertet werden.

Darüber hinaus wurden digitale Instrumente – insbesondere die KAM-Datenbank – nur marginal genutzt, sodass ihr Potenzial kaum bewertet werden kann. Auch weitere digitale Kommunikationslösungen fanden trotz ihres vorgesehenen Nutzens in der IG nur eingeschränkt Anwendung.

Im Projektverlauf ließ sich zudem eine abnehmende Dynamik beobachten. Während die Implementierungsworkshops zu Beginn positive Impulse setzten, konnten diese oftmals nicht dauerhaft und im Versorgungsalltag aufrechterhalten werden. Dies deutet auf eine unzureichende strukturelle Verankerung hin, die die Nachhaltigkeit der Umsetzung limitiert.

Bei der Bewertung der Nachhaltigkeit bzw. Verstetigung (**Dimension Maintenance**) von OnCoPaTh zeigen sich mehrere Einschränkungen. Ein zentrales Hemmnis besteht in der starken Abhängigkeit der Fortführung von zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen. Insbesondere die fehlende Anschlussfinanzierung der KoPP-Rolle stellt eine erhebliche Barriere dar. Ohne eine verlässliche politische Steuerung und institutionelle Unterstützung besteht das Risiko, dass das Modell nach Projektende nicht flächendeckend weitergeführt werden kann.

Darüber hinaus traten teilweise Unklarheiten hinsichtlich der Rollendefinitionen und Schnittstellen zwischen OCs und KoPPs auf. Auch bürokratische Hürden und unzureichend etablierte Kommunikationswege erschwerten die interprofessionelle Zusammenarbeit, was die nachhaltige Integration des OnCoPaTh-Versorgungsmodells limitierte.

Ein weiterer kritischer Aspekt für die Verstetigung von OnCoPaTh betrifft erneut die Stigmatisierung und Rolle der Palliativversorgung. Sowohl Patient*innen als auch Fachpersonal assoziierten den Begriff „Palliativ“ oftmals mit Sterben und Tod, was die Akzeptanz und die frühe Integration erschwerte und ohne erhebliche Sensibilisierungsmaßnahmen kaum adressiert werden konnte. Diese Stigmatisierung wird in der internationalen Literatur wiederholt als ein wesentliches Implementierungshemmnis beschrieben.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Ergebnisse machen zudem auf eine deutliche Heterogenität zwischen den Umsetzungskontexten aufmerksam. Während in Einrichtungen mit etablierten Netzwerken und vorhandenen palliativen Strukturen eine vergleichsweise leichtere Integration gelang, traten in weniger vernetzten Settings deutlich stärkere Barrieren auf. Damit ist die Generalisierbarkeit der Befunde eingeschränkt und stark von der Institution und der Umgebung abhängig (The Center for Implementation, 2023).

Schließlich zeigte sich, dass die Rolle der KoPPs zwar als fachlich sinnvoll und sinnstiftend erlebt wurde, ihre strukturelle Verankerung jedoch nicht in allen Einrichtungen gleichermaßen bzw. systematisch gelang. Dies weist auf eine begrenzte Verstetigung hin. Hinzu kommt, dass Diskrepanzen zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen eine eindeutige Bewertung erschweren. Ein möglicher Social Desirability Bias (Bispo Júnior, 2022) seitens des Fachpersonals kann nicht ausgeschlossen werden, da die Bereitschaft zur Fortführung unter Umständen positiver dargestellt wurde, als sie realistisch umsetzbar ist. Auch die teilweise unzureichende Kommunikation über das Projektende gegenüber Patient*innen könnte die Einschätzungen beeinflusst haben.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Die OnCoPaTh-Evaluation erbrachte keine statistisch signifikanten Interventionseffekte in den primären Endpunkten (Krankenhausaufnahmen, Unterstützungsbedarf) sowie in den sekundären Zielparametern. Die Ergebnisse zeigen keine Hinweise auf eine Verschlechterung der Versorgungsqualität im Zusammenhang mit der Implementierung der neuen Versorgungsform, in deren Rahmen auch delegierte Tätigkeiten nicht-ärztlicher Fachkräfte eine Rolle spielten. Eine abschließende Bewertung der Vergleichbarkeit der Versorgungsqualität erfordert jedoch Äquivalenzstudien. Die Mixed-Methods-Analyse offenbarte eine Diskrepanz zwischen quantitativen und qualitativen Befunden: Während standardisierte Instrumente keine signifikanten Gruppenunterschiede detektierten, dokumentierte die Prozessevaluation substanzielle subjektiv wahrgenommene Verbesserungen in Bereichen wie Versorgungskoordination, Vertrauen und psychosozialer Unterstützung.

Kernerkenntnisse zu den Interventionskomponenten

Die differenzierte Analyse der drei zentralen Interventionskomponenten offenbart ein heterogenes Bild ihrer Implementierbarkeit und Wirksamkeit. Das OncoCoaching erwies sich als der tragfähigste Baustein der neuen Versorgungsform. Es wurde erfolgreich implementiert und von Patient*innen als niedrigschwellige, vertrauensvolle Anlaufstelle geschätzt, die einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Unterstützung leistete. Besonders bedeutsam ist die dokumentierte zeitliche Entlastung der Onkolog*innen, die erweiterte Behandlungskapazitäten schafft – ein kritischer Faktor angesichts steigender Inzidenzzahlen und des sich verschärfenden Fachärztemangels. Die gesundheitsökonomische Modellierung unterstreicht diese positive Einschätzung und zeigt, dass bei konsequenter Delegation und ausreichendem Patientenvolumen eine wirtschaftliche Tragfähigkeit des OncoCoaching-Modells erreichbar ist.

Im deutlichen Kontrast dazu steht die Implementierung der frühen palliativen Integration durch die KoPPs, die sich als zentrale Herausforderung erwies. Die Integration erfolgte nur punktuell und unsystematisch, wobei das persistierende Stigma der Palliativversorgung als

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hauptbarriere identifiziert wurde. Sowohl auf Patient*innen- als auch auf Fachpersonalseite verhinderten tief verwurzelte Vorbehalte die intendierte frühzeitige Einbindung palliativer Expertise. Dies steht im Widerspruch zur robusten internationalen Evidenz für die Wirksamkeit von Early Integration, verdeutlicht jedoch die Komplexität der Überwindung kultureller und struktureller Barrieren im deutschen Versorgungskontext.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen OncoCoaches, KoPPs und Onkolog*innen kristallisierte sich als weiteres kritisches Entwicklungsfeld heraus. Die Kommunikation blieb überwiegend informell und stark personenabhängig, was eine systematische Versorgungskoordination erschwerte. Fehlende digitale Infrastruktur, datenschutzrechtliche Hürden und unklare Schnittstellendefinitionen limitierten den notwendigen systematischen Informationsaustausch erheblich und verhinderten die Etablierung verbindlicher Kommunikationsstrukturen.

Die Interpretation dieser Befunde muss jedoch im Kontext externer Störfaktoren erfolgen. Die COVID-19-Pandemie überlagerte als externer Stressor die gesamte Interventionsphase und beeinträchtigte Rekrutierung, Umsetzungstreue und Ressourcenverfügbarkeit in einem Ausmaß, das die Validität der Wirksamkeitsmessung grundlegend infrage stellt. Zusätzlich wies die erreichte Studienpopulation trotz fortgeschrittener Erkrankung einen unerwartet guten Gesundheitszustand mit hoher Lebensqualität und geringem Unterstützungsbedarf auf. Diese Konstellation begünstigte ausgeprägte Deckeneffekte und limitierte die Detektierbarkeit möglicher Interventionseffekte erheblich.

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive zeigte sich für das Delegationsmodell des OncoCoachings ein klares Potenzial zur Effizienzsteigerung in onkologischen Praxen, wobei die Wirtschaftlichkeit entscheidend von einer vollständigen und nachhaltigen Implementierung sowie einer ausreichenden Fallzahl abhängt. Die initiale Investition amortisiert sich nur bei konsequenter Umsetzung des Delegationskonzepts und systematischer Integration in die Praxisabläufe.

Handlungsempfehlungen für die Translation

Trotz der ausbleibenden statistisch signifikanten Effekte auf die primären Endpunkte liefert die OnCoPaTh-Evaluation wertvolle Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung. Die identifizierten Potenziale, insbesondere des OncoCoaching-Konzepts, rechtfertigen eine gezielte Weiterführung unter Berücksichtigung der gewonnenen Implementierungserfahrungen. Aus den Evaluationsergebnissen lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten, die für eine erfolgreiche Translation in die Regelversorgung essenziell sind.

Die strukturelle Verankerung bildet das Fundament einer nachhaltigen Implementierung. Prioritär ist die Entwicklung tragfähiger Vergütungsmodelle für OncoCoaching und KoPP-Leistungen im Rahmen des SGB V erforderlich. Parallel dazu müssen Qualifikationsstandards etabliert und die OncoCoach-Ausbildung curricular verankert werden, um ein definiertes Kompetenzprofil sicherzustellen. Die Investition in eine interoperable, datenschutzkonforme digitale Infrastruktur ist unerlässlich, um die interprofessionelle Kommunikation zu ermöglichen und Dokumentationsprozesse zu vereinfachen.

Die Implementierungsstrategie bedarf einer grundlegenden Optimierung, welche die Balance zwischen notwendiger Standardisierung und kontextspezifischer Adaptation gewährleistet. Der Schulungsfokus sollte erweitert werden und psychoonkologische Kompetenzen sowie

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Delegationsmanagement stärker berücksichtigen. Besonders kritisch ist die systematische Entstigmatisierung der Palliativversorgung durch gezielte Aufklärungskampagnen, die sich sowohl an Fachpersonal als auch an Patient*innen und deren Angehörige richten. Nur durch einen kulturellen Wandel im Verständnis früher palliativer Integration kann diese Komponente ihr volles Potenzial entfalten.

Eine zielgruppenspezifische Ausrichtung der Intervention verspricht eine höhere Effektivität. Die Fokussierung auf Patient*innen mit höherem Unterstützungsbedarf und komplexeren Versorgungssituationen könnte die in dieser Studie beobachteten Deckeneffekte vermeiden und messbare Verbesserungen ermöglichen. Gleichzeitig sollte die Skalierung des bewährten Coaching-Formats auf weitere onkologische Entitäten und möglicherweise andere chronische Erkrankungen geprüft werden, um das Innovationspotenzial vollständig auszuschöpfen.

Die Qualitätssicherung und kontinuierliche Evaluation müssen integraler Bestandteil der Translation sein. Die Entwicklung sensitiverer Messinstrumente, die subtile Veränderungen in Bereichen wie Versorgungskoordination, Vertrauen und psychosozialer Unterstützung erfassen können, ist essenziell für den Wirksamkeitsnachweis. Ein kontinuierliches Prozessmonitoring sollte Implementierungstreue und Kontextfaktoren systematisch erfassen, um frühzeitig Anpassungen vornehmen zu können. Längere Beobachtungszeiträume sind notwendig, um Langzeiteffekte und die Nachhaltigkeit der Intervention valide bewerten zu können.

Fazit

OnCoPaTh demonstriert die Machbarkeit interprofessioneller Versorgungsmodelle in der ambulanten Onkologie, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. Die ausbleibenden quantitativen Effekte sind primär auf methodische Limitationen, externe Störfaktoren und Implementierungsbarrieren zurückzuführen, nicht auf konzeptionelle Schwächen. Das OncoCoaching-Element zeigt besonderes Potenzial zur Adressierung des Fachkräftemangels und sollte prioritär weiterentwickelt werden. Die erfolgreiche Translation in die Regelversorgung erfordert jedoch politischen Willen, strukturelle Investitionen und eine systematische Adressierung der identifizierten Barrieren. Die Studie liefert wertvolle Erkenntnisse für die evidenzbasierte Weiterentwicklung komplexer Versorgungsinterventionen und unterstreicht die Notwendigkeit von Mixed-Methods-Evaluationen zur umfassenden Bewertung innovativer Versorgungsformen.

IV Literaturverzeichnis

Ahmad, M. & Wilkins, S. (2025). Purposive sampling in qualitative research: a framework for the entire journey. Quality & Quantity, 59(2), 1461–1479. https://doi.org/10.1007/s11135-024-02022-5

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Albers, B., Metz, A., Burke, K., Bührmann, L., Bartley, L., Driessen, P. & Varsi, C. (2022). The Mechanisms of Implementation Support - Findings from a Systematic Integrative Review. Research on Social Work Practice, 32(3), 259–280. https://doi.org/10.1177/10497315211042375

Alcalde, J. & Zimmermann, C. (2022). Stigma about palliative care: origins and solutions. Ecancermedicalscience, 16, 1377. https://doi.org/10.3332/ecancer.2022.1377

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Alkan, E., Cushen-Brewster, N. & Anyanwu, P. (2024). Organisational factors associated with healthcare workforce development, recruitment, and retention in the United Kingdom: a systematic review. BMC nursing, 23(1), 604. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02216-0

American Psychological Association. (2020). APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation. https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf

Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C. F., Glaser, R., Crespin, T. & Carson, W. E. (2007). Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. Brain, behavior, and immunity, 21(7), 953–961. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.03.005

Anderson, A. K. (2005). Affective influences on the attentional dynamics supporting awareness. Journal of experimental psychology. General, 134(2), 258–281. https://doi.org/10.1037/0096-3445.134.2.258

Ansmann, L., Hower, K. I., Wirtz, M. A [Markus Antonius], Kowalski, C., Ernstmann, N., McKee, L. & Pfaff, H. (2020). Measuring social capital of healthcare organizations reported by employees for creating positive workplaces - validation of the SOCAPO-E instrument. BMC health services research, 20(1), 272. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05105-9

Arndt, V., Doege, D., Fröhling, S., Algül, H., Bargou, R., Bokemeyer, C., Bornhäuser, M., Brandts, C. H., Brossart, P., Brucker, S. Y., Brümmendorf, T. H., Gattermann, N., Hallek, M., Heinemann, V., Keilholz, U., Kindler, T., Lordick, F [Florian], Peters, C., Schadendorf, D., . . . Baumann, M. (2022). Kapazität der onkologischen Versorgung in deutschen onkologischen Spitzenzentren während der ersten 2 Jahre der COVID-19-Pandemie. Forum, 37(5), 372–376. https://doi.org/10.1007/s12312-022-01121-4

Arndt, V. & Kraywinkel, K. (2023). Factsheet Epidemiologie metastasierter Tumoren in Deutschland, 2015–2019: Inzidenz und 5-Jahres-Überleben. Die Onkologie, 29(3), 177–181. https://doi.org/10.1007/s00761-022-01295-5

Atkinson, T. M., Schwartz, C. E., Goldstein, L., Garcia, I., Storfer, D. F., Li, Y., Zhang, J., Bochner, B. H. & Rapkin, B. D. (2019). Perceptions of Response Burden Associated with Completion of Patient-Reported Outcome Assessments in Oncology. Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 22(2), 225–230. https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.07.875

Axén, I., Björk Brämberg, E., Galaasen Bakken, A. & Kwak, L. (2021). Recruiting in intervention studies: challenges and solutions. BMJ open, 11(1), e044702. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044702

Bach-Mortensen, A. M., Lange, B. C. L. & Montgomery, P. (2018). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. Implementation science, 13(1), 103. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7

Bağçivan, G., Seven, M., Paşalak, Ş. İ., Bilmiç, E., Aydın, Y., Öz, G. & Selçukbiricik, F. (2022). Palliative care needs of the cancer patients receiving active therapy. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 30(1), 749–756. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06485-2

Bandieri, E., Borelli, E., Gilioli, F., Bigi, S., Mucciarini, C., Ferrari, U., Eliardo, S., Pinto, L., Porro, C. A., Efficace, F., Luppi, M. & Potenza, L. (2023). Stigma of Palliative Care

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

among Patients with Advanced Cancer and Their Caregivers on Early Palliative Care. Cancers, 15(14). https://doi.org/10.3390/cancers15143656

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 84(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Barakat, S., Boehmer, K., Abdelrahim, M., Ahn, S., Al-Khateeb, A. A., Villalobos, N. Á., Prokop, L., Erwin, P. J., Fleming, K., Serrano, V., Spencer-Bonilla, G. & Murad, M. H. (2018). Does Health Coaching Grow Capacity in Cancer Survivors? A Systematic Review. Population health management, 21(1), 63–81. https://doi.org/10.1089/pop.2017.0040

Barnes, B., Kraywinkel, K., Nowossadeck, E., Schönfeld, I., Starker, A., Wienecke, A. & Wolf, U. (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. https://edoc.rki.de/handle/176904/3264

Bates, D., Maechler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2003). CRAN: Contributed Packages. https://doi.org/10.32614/CRAN.package.lme4

Bates, D., Maechler, M., Bolker, B., Walker, S., Haubo, R., Christensen, B., Singmann, H., Dai, B., Scheipl, F., Grothendieck, G., Green, P., Fox, J., Bauer, A., Krivitsky, P. N., Tanaka, E., Jagan, M. & Boylan, R. D. (2025). lme4: Linear Mixed-Effects Models using 'Eigen' and S4. Comprehensive R Archive Network (CRAN). https://cran.r-project.org/web/packages/lme4/index.html

Die Beauftragte der Bundesregierung für Informationstechnik. (2014). WiBe 5.0: - Konzept zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen in der Bundesverwaltung, insbesondere beim Einsatz der IT -.

Beernaert, K., Pardon, K [K.], van den Block, L., Devroey, D., Laat, M. de [M.], Geboes, K [K.], Surmont, V [V.], Deliens, L [L.] & Cohen, J. (2016). Palliative care needs at different phases in the illness trajectory: a survey study in patients with cancer. European journal of cancer care, 25(4), 534–543. https://doi.org/10.1111/ecc.12522

Berendt, J., Stiel, S., Nauck, F. & Ostgathe, C. (2017). Early palliative care: current status of integration within German comprehensive cancer centers. Supportive Care in Cancer, 25(8), 2577–2580. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3667-y

Bishop, A. J., Ensor, J., Moulder, S. L., Shaitelman, S. F., Edson, M. A., Whitman, G. J., Bishnoi, S., Hoffman, K. E., Stauder, M. C., Valero, V., Buchholz, T. A., Ueno, N. T., Babiera, G. & Woodward, W. A. (2015). Prognosis for patients with metastatic breast cancer who achieve a no-evidence-of-disease status after systemic or local therapy. Cancer, 121(24), 4324–4332. https://doi.org/10.1002/cncr.29681

Bispo Júnior, J. P. (2022). Social desirability bias in qualitative health research. Revista de saude publica, 56, 101. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164

Bittner, C. A. (2018). The Importance of Role Clarity for Development of Interprofessional Teams. Journal of continuing education in nursing, 49(8), 345–347. https://doi.org/10.3928/00220124-20180718-04

Bitzer, E.-M., Dierks, M.-L. & Schwartz, F.-W. ZAP-Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientensicht. https://www.mhh.de/institut-fuer-epidemiologie/forschung/zap-fragebogen

Björkdahl, A., Johansson, U., Kjellin, L. & Pelto-Piri, V. (2024). Barriers and enablers to the implementation of Safewards and the alignment to the i-PARIHS framework - A qualitative systematic review. International journal of mental health nursing, 33(1), 18–36. https://doi.org/10.1111/inm.13222

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Borchert, K., Jacob, C., Wetzel, N., Jänicke, M., Eggers, E., Sauer, A., Marschner, N., Altevers, J., Mittendorf, T. & Greiner, W. (2020). Application study of the EQ-5D-5L in oncology: linking self-reported quality of life of patients with advanced or metastatic colorectal cancer to clinical data from a German tumor registry. Health economics review, 10(1), 40. https://doi.org/10.1186/s13561-020-00297-6

Boyes, A., Girgis, A [Afaf] & Lecathelinais, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). Journal of evaluation in clinical practice, 15(4), 602–606. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01057.x

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology

Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J. G. & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. BMC Nursing, 14, 43. https://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4

Buiting, H. M., Botman, F., van der Velden, L.-A., Brom, L., van Heest, F., Bolt, E. E., Mol, P. de & Bakker, T. (2023). Clinicians' experiences with cancer patients living longer with incurable cancer: a focus group study in the Netherlands. Primary health care research & development, 24, e29. https://doi.org/10.1017/S1463423622000500

Buiting, H. M., van Ark, M. A. C., Dethmers, O., Maats, E. P. E., Stoker, J. A. & Sonke, G. S. (2019). Complex challenges for patients with protracted incurable cancer: an ethnographic study in a comprehensive cancer centre in the Netherlands. BMJ open, 9(3), e024450. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024450

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2025). ATC-Klassifikation. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ATC/_node.html

Byrne, M., Nasioudis, D., Gysler, S., Ko, E. & Haggerty, A. (2021). Emergency department utilization by gynecologic cancer patients during the COVID-19 pandemic: unintended improvements in the selective use of emergency care? Gynecologic Oncology, 162, S147. https://doi.org/10.1016/S0090-8258(21)00921-5

Carlson, L. E. & Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. Health and quality of life outcomes, 1, 8. https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-8

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. Implementation Science, 2(1), 40. https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40

The Center for Implementation. (2023). Image: Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) 2.0. https://thecenterforimplementation.com/toolbox/cfir

Charlson, M., Szatrowski, T. P., Peterson, J. & Gold, J. (1994). Validation of a combined comorbidity index. Journal of clinical epidemiology, 47(11), 1245–1251. https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)90129-5

Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. Journal of chronic diseases, 40(5), 373–383. https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Charlson, M. E [Mary E.], Carrozzino, D., Guidi, J. & Patierno, C. (2022). Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. Psychotherapy and psychosomatics, 91(1), 8–35. https://doi.org/10.1159/000521288

Chays-Amania, A., Schwingrouber, J., Melnyk, B. M., Haller, P. H., Soler, J. & Colson, S. (2025). Mapping Implementation Strategies and Outcomes When Using Evidence Based Practice Implementation Models in Nursing Settings: A Scoping Review. Worldviews on evidence-based nursing, 22(3), e70050. https://doi.org/10.1111/wvn.70050

Cherny, N. I., Catane, R. & Kosmidis, P. (2003). ESMO takes a stand on supportive and palliative care. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology, 14(9), 1335–1337. https://doi.org/10.1093/annonc/mdg379

Chouaid, C., Agulnik, J., Goker, E., Herder, G. J. M., Lester, J. F., Vansteenkiste, J., Finnern, H. W., Lungershausen, J., Eriksson, J., Kim, K. & Mitchell, P. L. R. (2013). Health-related quality of life and utility in patients with advanced non-small-cell lung cancer: a prospective cross-sectional patient survey in a real-world setting. Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer, 8(8), 997–1003. https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e318299243b

Collins, A., Gurren, L., McLachlan, S.-A., Wawryk, O. & Philip, J. (2022). Communication about early palliative care: A qualitative study of oncology providers' perspectives of navigating the artful introduction to the palliative care team. Frontiers in oncology, 12, 1003357. https://doi.org/10.3389/fonc.2022.1003357

Collins, A., McLachlan, S.-A. & Philip, J. (2017). Initial perceptions of palliative care: An exploratory qualitative study of patients with advanced cancer and their family caregivers. Palliative medicine, 31(9), 825–832. https://doi.org/10.1177/0269216317696420

The Consolidated Framework for Implementation Research. (2009a). CFIR. https://cfirguide.org/

The Consolidated Framework for Implementation Research. (2009b). Overview. https://cfirguide.org/evaluation-design/overview/

Creangă-Murariu, I., Froicu, E.-M., Scripcariu, D. V., Bacoanu, G., Poroch, M., Moscalu, M., Tarniceriu, C. C., Alexa-Stratulat, T. & Poroch, V. (2025). Timing Matters: A Systematic Review of Early Versus Delayed Palliative Care in Advanced Cancer. Cancers, 17(15). https://doi.org/10.3390/cancers17152598

Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods research (Third edition). Sage.

Dalgaard, K. M., Bergenholtz, H., Nielsen, M. E. & Timm, H. (2014). Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. Palliative & supportive care, 12(6), 495–513. https://doi.org/10.1017/S1478951513001338

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation science, 4, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O. & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implementation science, 17(1), 75. https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Deutsche Forschungsgemeinschaft. (2025). Guidelines for Safeguarding Good Research Practice. Code of Conduct. Deutsche Forschungsgemeinschaft. https://zenodo.org/records/14281892 https://doi.org/10.5281/zenodo.14281892

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.dgpalliativmedizin.de/projekte/charta.html

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Bundesärztekammer. (2021). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. (2019). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung [Langversion 2.3]. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/128-001OL

Deutsches Register Klinischer Studien (Hrsg.). (2024, 24. Juli). OncoCoaching und frühe palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. https://drks.de/search/de/trial/DRKS00023255

Dhollander, N., Vleminck, A. de, Deliens, L [Luc], van Belle, S. & Pardon, K [Koen] (2019). Barriers to the early integration of palliative home care into the disease trajectory of advanced cancer patients: A focus group study with palliative home care teams. European journal of cancer care, 28(4), e13024. https://doi.org/10.1111/ecc.13024

Ditscheid, B., Krause, M., Lehmann, T., Stichling, K., Jansky, M., Nauck, F., Wedding, U., Schneider, W., Marschall, U., Meißner, W. & Freytag, A. (2020). Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland : Inanspruchnahme und regionale Verteilung [Palliative care at the end of life in Germany : Utilization and regional distribution]. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 63(12), 1502–1510. https://doi.org/10.1007/s00103-020-03240-6

Döring, N. (2023). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2

Doyle, R., Craft, P., Turner, M. & Paterson, C. (2024). Identifying the unmet supportive care needs of individuals affected by testicular cancer: a systematic review. Journal of cancer survivorship, 18(2), 263–287. https://doi.org/10.1007/s11764-022-01219-7

Dresing, T. & Pehl, T. (2024). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (9. Auflage). Eigenverlag. https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2024/06/Praxisbuch_09_02_Web2.pdf

Drummond, M. (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes / Michael F. Drummond [and others] (3rd ed.). Oxford medical publications. Oxford University Press.

Drummond, M. F. (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes (3rd edition.). Oxford University Press.

Ebrahimabadi, M., Rafiei, F. & Nejat, N. (2021). Can tele-nursing affect the supportive care needs of patients with cancer undergoing chemotherapy? A randomized controlled trial follow-up study. Supportive Care in Cancer, 29(10), 5865–5872. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06056-5

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Green, A. E., Trott, E. M., Willging, C. E., Moullin, J. C. & Aarons, G. A. (2018). Leading for the long haul: a mixed-method evaluation of the Sustainment Leadership Scale (SLS). Implementation science : IS, 13(1), 17. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0710-4

Electric Paper Informationssysteme GmbH. (2022, 20. November). TeleForm: Automated Document Solution. Electric Paper Informationssysteme GmbH. https://www.electricpaper.biz/products/teleform.html

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 fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen, 121, 58–63. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.12.008

European Medicines Agency. (1998). ICH Topic E 9 Statistical Principles for Clinical Trials: Scientific guideline. European Medicines Agency. https://www.ema.europa.eu/en/ich-e9-statistical-principles-clinical-trials-scientific-guideline

Fetters, M. D. (2020). The Mixed Methods Research Workbook: Activities for Designing, Implementing, and Publishing Projects. SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781071909713

Fetters, M. D., Curry, L. A. & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. Health services research, 48(6 Pt 2), 2134–2156. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117

Finch, T. L., Girling, M., May, C. R., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., McColl, E., Steen, I. N., Cook, C., Vernazza, C. R., Mackintosh, N., Sharma, S., Barbery, G., Steele, J. & Rapley, T. (2018). Improving the normalization of complex interventions: part 2 - validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). BMC medical research methodology, 18(1), 6. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0591-x

Fontaine, G., Vinette, B., Weight, C., Maheu-Cadotte, M.-A., Lavallée, A., Deschênes, M.-F., Lapierre, A., Castiglione, S. A., Chicoine, G., Rouleau, G., Argiropoulos, N., Konnyu, K., Mooney, M., Cassidy, C. E., Mailhot, T., Lavoie, P., Pépin, C., Cossette, S., Gagnon, M.-P., . . . Middleton, S. (2024). Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Implementation Science, 19(1), 68. https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0

Forman, J., Heisler, M., Damschroder, L. J., Kaselitz, E. & Kerr, E. A. (2017). Development and application of the RE-AIM QuEST mixed methods framework for program evaluation. Preventive medicine reports, 6, 322–328. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.04.002

Freund, J., Piotrowski, A., Bührmann, L., Oehler, C., Titzler, I., Netter, A.-L., Potthoff, S., Ebert, D. D., Finch, T., Köberlein-Neu, J. & Etzelmüller, A. (2023). Validation of the German Normalisation Process Theory Measure G-NoMAD: translation, adaptation, and pilot testing. Implementation science communications, 4(1), 126. https://doi.org/10.1186/s43058-023-00505-4

Furtado, L., Coelho, F., Mendonça, N., Soares, H., Gomes, L., Sousa, J. P., Duarte, H., Costeira, C., Santos, C. & Araújo, B. (2024). Exploring Professional Practice Environments and Organisational Context Factors Affecting Nurses' Adoption of

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Evidence-Based Practice: A Scoping Review. Healthcare (Basel, Switzerland), 12(2). https://doi.org/10.3390/healthcare12020245

Gäde, J. C., Schermelleh-Engel, K. & Werner, C. S. (2020). Klassische Methoden der Reliabilitätsschätzung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), Lehrbuch. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Auflage, S. 305–334). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_14

Garin, O. (2014). Ceiling Effect. In A. C. Michalos (Hrsg.), Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research (S. 631–633). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_296

Gebert, P., Schindel, D., Frick, J., Schenk, L. & Grittner, U. (2021). Characteristics and patient-reported outcomes associated with dropout in severely affected oncological patients: an exploratory study. BMC medical research methodology, 21(1), 77. https://doi.org/10.1186/s12874-021-01259-0

Girgis, A [Afaf], Lambert, S. & Lecathelinais, C. (2011). The supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer survivors: development and psychometric evaluation. Psycho-oncology, 20(4), 387–393. https://doi.org/10.1002/pon.1740

GKV-Spitzenverband. (2019). Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V: A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung [Lesefassung nach Änderungsvereinbarung vom 26.10.2018 zum 01.01.2019]. GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_ab_01.01.19.pdf

Glasgow, R. E [R. E.], Vogt, T. M. & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. American Journal of Public Health, 89(9), 1322–1327. https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322

Glasgow, R. E [Russell E.] & Estabrooks, P. E. (2018). Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings. Preventing chronic disease, 15, E02. https://doi.org/10.5888/pcd15.170271

Gonçalves, B., Radojičić, T., Centeno, C., Garralda, E., Martínez, M., Preston, N., Hasselaar, J. & Arantzamendi, M. (2025). The transition from oncology to palliative care: barriers and facilitators explored through an integrative review. BMC Palliative Care, 24(1), 215. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01819-x

Greene, J. C., Caracelli, V. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. Educational Evaluation and Policy Analysis, 11(3), 255–274. https://doi.org/10.3102/01623737011003255

Haarhaus, B. (2016). Entwicklung und Validierung eines Kurzfragebogens zur Erfassung von allgemeiner und facettenspezifischer Arbeitszufriedenheit. Diagnostica, 62(2), 61–73. https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000136

Hammerschmidt, R. & Meyer, I. (2014). Socio-Economic Impact Assessment and Business Models for Integrated eCare. In I. Meyer, L. Kubitschke & S. Müller (Hrsg.), Achieving Effective Integrated E-Care Beyond the Silos (S. 136–163). IGI Global Scientific Publishing. https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6138-7.ch007

Hart, N. H., Crawford-Williams, F., Crichton, M., Yee, J., Smith, T. J., Koczwara, B., Fitch, M. I., Crawford, G. B., Mukhopadhyay, S., Mahony, J., Cheah, C., Townsend, J., Cook, O., Agar, M. R. & Chan, R. J. (2022). Unmet supportive care needs of people with

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. Critical reviews in oncology/hematology, 176, 103728. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103728

Hartnett, K. P., Kite-Powell, A., DeVies, J., Coletta, M. A., Boehmer, T. K., Adjemian, J. & Gundlapalli, A. V. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 69(23), 699–704. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1

Hass, A., Guzman, J. C. A. & Feuerstein, M. A. (2023). Interventions to improve access to clinical trials in urologic oncology. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada, 17(3), E67-E74. https://doi.org/10.5489/cuaj.8011

Haun, M. W [Markus W.], Estel, S., Rücker, G., Friederich, H.-C [Hans-Christoph], Villalobos, M., Thomas, M [Michael] & Hartmann, M [Mechthild] (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD011129. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2

Heo, D. H. J., Rodriguez, M. J., McNichol, M. & Moser, A. J. (2021). Does Altruism Affect Participation in Cancer Research? A Systematic Review. https://www.researchsquare.com/article/rs-1017250/v1

Higginson, I. J. & Evans, C. J. (2010). What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? Cancer journal (Sudbury, Mass.), 16(5), 423–435. https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e3181f684e5

HM Treasury. (2018). The Green Book - Central Government Guidance on Appraisal and Evaluation. Crown. https://socialvalueuk.org/resources/the-green-book-central-government-guidance-on-appraisal-and-evaluation/#:~:text=The%20Green%20Book%20is%20guidance%20issued%20by%20HM,monitoring%20and%20evaluation%20before%2C%20during%20and%20after%20implementation.

Ho, J. T., See, M. T. A., Tan, A. J. Q., Levett-Jones, T., Lau, T. C., Zhou, W. & Liaw, S. Y. (2023). Healthcare professionals' experiences of interprofessional collaboration in patient education: A systematic review. Patient education and counseling, 116, 107965. https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107965

Hower, K. I., Pfaff, H., Kowalski, C., Wensing, M. & Ansmann, L. (2019). Measuring change attitudes in health care organizations. Journal of health organization and management, 33(3), 266–285. https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2018-0177

Howerton, M. W., Gibbons, M. C., Baffi, C. R., Gary, T. L., Lai, G. Y., Bolen, S., Tilburt, J., Tanpitukpongse, T. P., Wilson, R. F., Powe, N. R., Bass, E. B. & Ford, J. G. (2007). Provider roles in the recruitment of underrepresented populations to cancer clinical trials. Cancer, 109(3), 465–476. https://doi.org/10.1002/cncr.22436

Hung, M., Mohajeri, A., Almpani, K., Carberry, G., Wisniewski, J. F., Janes, K., Janes, B., Hardy, C., Zakeri, G., Raymond, B., Trinh, H., Bretner, J., Cheever, V. J., Garibyan, R., Bachstein, P. & Licari, F. W. (2024). Successes and Challenges in Clinical Trial Recruitment: The Experience of a New Study Team. Medical sciences (Basel, Switzerland), 12(3). https://doi.org/10.3390/medsci12030039

Huo, B., Song, Y., Chang, L. & Tan, B. (2022). Effects of early palliative care on patients with incurable cancer: A meta-analysis and systematic review. European journal of cancer care, 31(6), e13620. https://doi.org/10.1111/ecc.13620

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hussain, J. A., White, I. R., Langan, D., Johnson, M. J., Currow, D. C., Torgerson, D. J. & Bland, M. (2016). Missing data in randomized controlled trials testing palliative interventions pose a significant risk of bias and loss of power: a systematic review and meta-analyses. Journal of clinical epidemiology, 74, 57–65. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.12.003

IBM Corp. (2025). IBM SPSS Statistics. https://www.ibm.com/de-de/products/spss-statistics

Jaén, C. R., Crabtree, B. F., Palmer, R. F., Ferrer, R. L., Nutting, P. A., Miller, W. L., Stewart, E. E., Wood, R., Davila, M. & Stange, K. C. (2010). Methods for evaluating practice change toward a patient-centered medical home. Annals of family medicine, 8 Suppl 1(Suppl 1), S9-20; S92. https://doi.org/10.1370/afm.1108

Javadi, P., Nejat, N., Golaghaie, F. & Sharifi, M. (2019). The effects of nurse-led telephone-based support on supportive care needs among women with breast cancer: A randomized clinical trial. Nursing and Midwifery Studies, 8(1), 7. https://doi.org/10.4103/nms.nms_94_17

Jazieh, A. R., Akbulut, H., Curigliano, G., Rogado, A., Alsharm, A. A., Razis, E. D., Mula-Hussain, L., Errihani, H., Khattak, A., Guzman, R. B. de, Mathias, C., Alkaiyat, M. O. F., Jradi, H. & Rolfo, C. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Care: A Global Collaborative Study. JCO global oncology, 6, 1428–1438. https://doi.org/10.1200/GO.20.00351

Kaiser, U., Kaiser, F., Damnali, G. & Vehling-Kaiser, U. (2024). Die nicht-ärztliche onkologische und hämatologische Pflegesprechstunde. Die Onkologie, 30(8), 729–734. https://doi.org/10.1007/s00761-024-01545-8

Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J. & Haavisto, E. (2024). An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. Omega, 89(3), 1047–1073. https://doi.org/10.1177/00302228221085468

Khalil, H. & Kynoch, K. (2021). Implementation of sustainable complex interventions in health care services: the triple C model. BMC health services research, 21(1), 143. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06115-x

Kien, C., Griebler, U., Schultes, M.-T., Thaler, K. J. & Stamm, T. (2021). Psychometric Testing of the German Versions of Three Implementation Outcome Measures. Global Implementation Research and Applications, 1(3), 183–194. https://doi.org/10.1007/s43477-021-00019-y

King, N., Bravington, A., Brooks, J., Hardy, B., Melvin, J. & Wilde, D. (2013). The Pictor technique: a method for exploring the experience of collaborative working. Qualitative health research, 23(8), 1138–1152. https://doi.org/10.1177/1049732313495326

King, N., Brooks, J. & Bravington, A. (2014). The Pictor technique: Exploring collaborative working in nursing (Online-Ausg). SAGE research methods. Cases. SAGE Publications. https://methods.sagepub.com/case/the-pictor-technique-exploring-collaborative-working-in-nursing https://doi.org/10.4135/978144627305014537441

Klafke, N., Bossert, J., Boltenhagen, U., Froehlich, D., Mahler, C., Joos, S. & Wensing, M. (2024). Counseling lifestyle medicine in oncology: A qualitative analysis of interprofessional patient-nurse-physician interactions. Patient education and counseling. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108352

Klaic, M., Kapp, S., Hudson, P., Chapman, W., Denehy, L., Story, D. & Francis, J. J. (2022). Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

development of a conceptual framework. Implementation science, 17(1), 10. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01171-7

Klinger, C. A., Howell, D., Zakus, D. & Deber, R. B. (2014). Barriers and facilitators to care for the terminally ill: a cross-country case comparison study of Canada, England, Germany, and the United States. Palliative medicine, 28(2), 111–120. https://doi.org/10.1177/0269216313493342

Kolsteren, E. E. M., Deuning-Smit, E., Prins, J. B., van der Graaf, W. T. A., van Herpen, C. M. L., Lebel, S., Thewes, B., Kwakkenbos, L. & Custers, J. A. E. (2021). Psychological aspects in patients with advanced cancer receiving lifelong systemic treatment: protocol for a scoping review. BMJ open, 11(1), e042404. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042404

Kowalski, C., Lee, S.-Y. D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M. A [Markus A.], Pfaff, H. & Ernstmann, N. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC health services research, 15, 1–9. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Krug, K., Bossert, J., Deis, N., Krisam, J., Villalobos, M., Siegle, A., Jung, C., Hagelskamp, L., Unsöld, L., Jünger, J., Thomas, M [Michael] & Wensing, M. (2021). Effects of an Interprofessional Communication Approach on Support Needs, Quality of Life, and Mood of Patients with Advanced Lung Cancer: A Randomized Trial. The oncologist, 26(8), e1445-e1459. https://doi.org/10.1002/onco.13790

Kruser, T. J., Kruser, J. M., Gross, J., Moran, M., Kaiser, K., Szmuilowicz, E. & Kircher, S. M [Sheetal Mehta] (2018). Barriers to early integration of palliative care: A qualitative analysis of medical oncologist attitudes and practice patterns. Journal of Clinical Oncology, 36(15_suppl), e22191-e22191. https://doi.org/10.1200/JCO.2018.36.15_suppl.e22191

Kruser, T. J., Kruser, J. M., Gross, J. P., Moran, M., Kaiser, K., Szmuilowicz, E. & Kircher, S. M [Sheetal M.] (2020). Medical oncologist perspectives on palliative care reveal physician-centered barriers to early integration. Annals of palliative medicine, 9(5), 2800–2808. https://doi.org/10.21037/apm-20-270

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2024). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (6. Auflage). Beltz Juventa. https://content-select.com/de/portal/media/view/65b3687f-cbf0-4ebd-9dc8-49fdac1b000f

Kumar, G., Chaudhary, P., Quinn, A. & Su, D. (2022). Barriers for cancer clinical trial enrollment: A qualitative study of the perspectives of healthcare providers. Contemporary clinical trials communications, 28, 100939. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2022.100939

Lehmann, C., Koch, U. & Mehnert, A. (2012). Psychometric properties of the German version of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34-G). Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 20(10), 2415–2424. https://doi.org/10.1007/s00520-011-1351-1

Lewin, S., Glenton, C. & Oxman, A. D. (2009). Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. BMJ, 339, b3496. https://doi.org/10.1136/bmj.b3496

Leyens, L., Simkins, T. & Horst, N. K. (2022). The COVID-19 pandemic as a catalyst for innovation: a regulatory framework to assess fit-for-purpose innovative approaches in clinical research. Trials, 23(1), 833. https://doi.org/10.1186/s13063-022-06707-w

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Lindig, A., Hahlweg, P., Christalle, E. & Scholl, I. (2020). Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study. BMJ open, 10(6), e034380. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034380

Lordick, F [F.] & van Oorschot, B [B.] (2012). Palliativmedizin in der Onkologie. Forum, 27(5), 367–371. https://doi.org/10.1007/s12312-012-0838-0

Lüdecke, D., Makowski, D., Ben-Shachar, M. S., Patil, I., Waggoner, P., Wiernik, B. M. & Thériault, R. (2019). performance: Assessment of Regression Models Performance. https://cran.r-project.org/web/packages/performance/index.html https://doi.org/10.32614/CRAN.package.performance

Ludwig, K., Graf von der Schulenburg, J.-M. & Greiner, W. (2018). German Value Set for the EQ-5D-5L. PharmacoEconomics, 36(6), 663–674. https://doi.org/10.1007/s40273-018-0615-8

Luyendijk, M., Visser, O., Blommestein, H. M., Hingh, I. H. J. T. de, Hoebers, F. J. P., Jager, A., Sonke, G. S., Vries, E. G. E. de, Uyl-de Groot, C. A. & Siesling, S. (2023). Changes in survival in de novo metastatic cancer in an era of new medicines. Journal of the National Cancer Institute, 115(6), 628–635. https://doi.org/10.1093/jnci/djad020

MacDonald, B., Gibson, A.-M., Janssen, X., Hutchinson, J., Headley, S., Matthews, T. & Kirk, A. (2019). Should We Scale-Up? A Mixed Methods Process Evaluation of an Intervention Targeting Sedentary Office Workers Using the RE-AIM QuEST Framework. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(1). https://doi.org/10.3390/ijerph17010239

Mahler, C., Berger, S., Pollard, K., Krisam, J., Karstens, S., Szecsenyi, J. & Krug, K. (2017). Translation and psychometric properties of the German version of the University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP). Journal of interprofessional care, 31(1), 105–109. https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1227964

Matusiewicz, D., Gothe, H., Ihle, P. & Swart, E [E.] (2014). Routinedaten im Gesundheitswesen – Ein Überblick. Das Gesundheitswesen, 76(08/09), A108. https://doi.org/10.1055/s-0034-1386958

May, P., Normand, C., Cassel, J. B., Del Fabbro, E., Fine, R. L., Menz, R., Morrison, C. A., Penrod, J. D., Robinson, C. & Morrison, R. S. (2018). Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. JAMA internal medicine, 178(6), 820–829. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0750

McElduff, P., Boyes, A., Zucca, A. & Girgis, A [Afaf] (2004). Supportive Care Needs Survey: A guide to administration, scoring and analysis.

McGuier, E. A., Kolko, D. J., Aarons, G. A., Schachter, A., Klem, M. L., Diabes, M. A., Weingart, L. R., Salas, E. & Wolk, C. B. (2024). Teamwork and implementation of innovations in healthcare and human service settings: a systematic review. Implementation science, 19(1), 49. https://doi.org/10.1186/s13012-024-01381-9

McNaughton, S. M., Flood, B., Morgan, C. J. & Saravanakumar, P. (2021). Existing models of interprofessional collaborative practice in primary healthcare: a scoping review. Journal of interprofessional care, 35(6), 940–952. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1830048

Mergenthal, K. & Güthlin, C. (2018). Kooperationen sichtbar machen durch Anwendung der Pictor Technique. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 94(10), 401–404. https://doi.org/10.3238/zfa.2018.00401-0404

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Miller, W. L., Crabtree, B. F., Nutting, P. A., Stange, K. C. & Jaén, C. R. (2010). Primary care practice development: a relationship-centered approach. Annals of family medicine, 8 Suppl 1(Suppl 1), S68-79; S92. https://doi.org/10.1370/afm.1089

Miniotti, M., Botto, R., Soro, G., Olivero, A. & Leombruni, P. (2024). A Critical Overview of the Construct of Supportive Care Need in the Cancer Literature: Definitions, Measures, Interventions and Future Directions for Research. International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(2), 215. https://doi.org/10.3390/ijerph21020215

miro. (2025). Miro | Der Workspace für Innovation. miro. https://miro.com/de/

MIT Laboratory for Computational Physiology. (2019). Charlson.sql [Quellcode]. https://github.com/MIT-LCP/mimic-code/blob/main/mimic-iv/concepts/comorbidity/charlson.sql

Moeenian, M., Ghazinoory, S. & Yaghmaie, P. (2024). Analysing the performance of a health innovation ecosystem in the COVID-19 crisis: complexity and chaos theory perspective. Health Research Policy and Systems, 22(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12961-024-01136-4

Moon, S. E. J., Hogden, A. & Eljiz, K. (2022). Sustaining improvement of hospital-wide initiative for patient safety and quality: a systematic scoping review. BMJ open quality, 11(4). https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-002057

Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B. & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts-the ADAPT guidance. BMJ (Clinical research ed.), 374, n1679. https://doi.org/10.1136/bmj.n1679

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ, 350, h1258. https://doi.org/10.1136/bmj.h1258

Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.). (2020). Lehrbuch. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Auflage). Springer.

Moullin, J. C., Sklar, M., Ehrhart, M. G., Green, A. & Aarons, G. A. (2021). Provider REport of Sustainment Scale (PRESS): development and validation of a brief measure of inner context sustainment. Implementation Science, 16(1), 86. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01152-w

Muho, A., Brugger, C., Salzmann, T., Wyss, K. & Steinmann, P. (2025). Sustainability of health system strengthening interventions implemented at primary healthcare level: a scoping review. BMJ open, 15(4), e095516. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095516

Noort, B. A. C., van der Vaart, T., van der Maten, J., Metting, E. & Ahaus, K. (2023). Intensive out-of-hospital coaching for frequently hospitalized COPD patients: a before-after feasibility study. Frontiers in medicine, 10, 1195481. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1195481

Okado, I., Cassel, K., Pagano, I. & Holcombe, R. F. (2020a). Assessing Patients' Perceptions of Cancer Care Coordination in a Community-Based Setting. JCO oncology practice, 16(8), e726-e733. https://doi.org/10.1200/JOP.19.00509

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Okado, I., Cassel, K., Pagano, I. & Holcombe, R. F. (2020b). Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients' perception of care coordination. BMC health services research, 20(1), 52. https://doi.org/10.1186/s12913-020-4905-4

Okado, I., Pagano, I., Cassel, K. & Holcombe, R. F. (2021). Perceptions of care coordination in cancer patient-family caregiver dyads. Supportive Care in Cancer, 29(5), 2645–2652. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05764-8

Osoba, D. (2011). Health-related quality of life and cancer clinical trials. Therapeutic advances in medical oncology, 3(2), 57–71. https://doi.org/10.1177/1758834010395342

Osse, B. H. P., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Schadé, E. & Grol, R. P. T. M. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. Cancer nursing, 29(5), 378-88; quiz 389-90. https://doi.org/10.1097/00002820-200609000-00005

Palinkas, L. A., Chou, C.-P., Spear, S. E., Mendon, S. J., Villamar, J. & Brown, C. H. (2020). Measurement of sustainment of prevention programs and initiatives: the sustainment measurement system scale. Implementation Science, 15(1), 71. https://doi.org/10.1186/s13012-020-01030-x

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. Administration and policy in mental health, 42(5), 533–544. https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y

Palmer Molina, A., Palinkas, L., Hernandez, Y., Garcia, I., Stuart, S., Sosna, T. & Mennen, F. E. (2024). Implementation of the "Healthy Moms, Healthy Kids" Program in Head Start: An Application of the RE-AIM QuEST Framework Centering Equity. Administration and policy in mental health, 51(1), 69–84. https://doi.org/10.1007/s10488-023-01312-8

Patel, M. I., Kapphahn, K., Dewland, M., Aguilar, V., Sanchez, B., Sisay, E., Murillo, A., Smith, K. & Park, D. J. (2022). Effect of a Community Health Worker Intervention on Acute Care Use, Advance Care Planning, and Patient-Reported Outcomes Among Adults With Advanced Stages of Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA oncology, 8(8), 1139–1148. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.1997

Petrillo, L. A., Jones, K. F., El-Jawahri, A., Sanders, J., Greer, J. A. & Temel, J. S. (2024). Why and How to Integrate Early Palliative Care Into Cutting-Edge Personalized Cancer Care. American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting, 44(3), e100038. https://doi.org/10.1200/EDBK_100038

Pfaff, H., Pförtner, T.-K., Banaszak-Holl, J., Hu, Y. & Hower, K. (2022). Is the Systemic Agency Capacity of Long-Term Care Organizations Enabling Person-Centered Care during the COVID-19 Pandemic? A Repeated Cross-Sectional Study of Organizational Resilience. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(9). https://doi.org/10.3390/ijerph19095045

Pfaff, H., Pühlhofer, F., Brinkmann, A., Lütticke, J., Nitzsche, A., Steffen, P., Stoll, A. & Richter, P. (2004). Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE): Kompendium valider Kennzahlen Kennzahlenhandbuch [Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln]. Klinikum der Universität zu Köln, Institut und

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Poliklinik für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene, Abteilung Medizinische Soziologie. https://silo.tips/download/der-mitarbeiterkennzahlenbogen-mike-kennzahlenhandbuch

Posit team. (2025). RStudio: Integrated Development Environment for R. http://www.posit.co/

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Administration and policy in mental health, 38(2), 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Quan, H., Sundararajan, V., Halfon, P., Fong, A., Burnand, B., Luthi, J.-C., Saunders, L. D., Beck, C. A., Feasby, T. E. & Ghali, W. A. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Medical care, 43(11), 1130–1139. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000182534.19832.83

R Core Team. (2025). A Language and Environment for Statistical Computing. https://www.R-project.org/

Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2021). Quantitative Methoden 1: Einführung in die Statistik für Psychologie, Sozial- & Erziehungswissenschaften (5. Auflage). Lehrbuch. Springer.

Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I. & Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. International journal of integrated care, 21(2), 32. https://doi.org/10.5334/ijic.5589

RE-AIM. (2025a). RE-AIM – Home – Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance. https://re-aim.org/

RE-AIM. (2025b). What is RE-AIM? – RE-AIM. https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/

Reinacher-Schick, A., Ebert, M. P., Piso, P., Hüppe, D., Schmitt, J. & Schildmann, J. (2023). Effects of the Pandemic on the Care of Patients With Colorectal Cancer. Deutsches Arzteblatt international, 120(33-34), 545–552. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0139

Renovanz, M., Hickmann, A.-K., Coburger, J., Kohlmann, K., Janko, M., Reuter, A.-K., Keric, N., Nadji-Ohl, M., König, J., Singer, S., Giese, A. & Hechtner, M. (2018). Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients - feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. European journal of cancer care, 27(1). https://doi.org/10.1111/ecc.12598

Richards, M., Anderson, M., Carter, P., Ebert, B. L. & Mossialos, E. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. Nature cancer, 1(6), 565–567. https://doi.org/10.1038/s43018-020-0074-y

Riese, C., Weiß, B., Borges, U., Beylich, A., Dengler, R., Hermes-Moll, K., Welslau, M [M.] & Baumann, W. (2017). Effectiveness of a standardized patient education program on therapy-related side effects and unplanned therapy interruptions in oral cancer therapy: a cluster-randomized controlled trial. Supportive Care in Cancer, 25(11), 3475–3483. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3770-0

Rizvi, F., Wilding, H. E., Rankin, N. M., Le Gautier, R., Gurren, L., Sundararajan, V., Bellingham, K., Chua, J., Crawford, G. B., Nowak, A. K., Le, B., Mitchell, G., McLachlan, S.-A., Sousa, T. V., Hudson, R., IJzerman, M., Collins, A. & Philip, J. (2023). An evidence-base for the implementation of hospital-based palliative care programs

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

in routine cancer practice: A systematic review. Palliative medicine, 37(9), 1326–1344. https://doi.org/10.1177/02692163231186177

Rückher, J., Mangiapane, S., Seufferlein, T., Pflüger, M. & Wesselmann, S. (2022). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die onkologische Versorgung. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), Krankenhaus-Report: Bd. 2022. Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung während der Pandemie (S. 109–127). SpringerOpen. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4_6

Saghaei, M. & Saghaei, S. (2011). Implementation of an open-source customizable minimization program for allocation of patients to parallel groups in clinical trials. Journal of Biomedical Science and Engineering, 04(11), 734–739. https://doi.org/10.4236/jbise.2011.411090

Schecker, H. (2014). Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs alpha. https://www.researchgate.net/publication/313220515_Uberprufung_der_Konsistenz_von_Itemgruppen_mit_Cronbachs_alpha

Schneider, N., Mitchell, G. K. & Murray, S. A. (2010). Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. BMC family practice, 11, 66. https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-66

Schreier, M., Echterhoff, G., Bauer, J. F., Weydmann, N. & Hussy, W. (2023). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor (3., überarb. u. erg. Auflage). Moremedia. Springer.

Schubert, I [I.], Ihle, P. & Köster, I. (2010). Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. Das Gesundheitswesen, 72(6), 316–322. https://doi.org/10.1055/s-0030-1249688

Schubert, I [Ingrid] (2022). Arzneimittelepidemiologie und Arzneimittelverbrauchsforschung auf der Basis von Krankenkassendaten: zentrale Untersuchungsfragen und methodische Hinweise. Prävention und Gesundheitsförderung, 1–10. https://doi.org/10.1007/s11553-022-00968-8

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. https://www.researchgate.net/publication/315606769_Skalen_zur_Erfassung_von_Lehrer-_und_Schulermerkmalen_Dokumentation_der_psychometrischen_Verfahren_im_Rahmen_der_Wissenschaftlichen_Begleitung_des_Modellversuchs_Selbstwirksame_Schulen

Siegel, A., Ehmann, A. T., Meyer, I., Gröne, O., Niebling, W., Martus, P. & Rieger, M. A. (2019). PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(23). https://doi.org/10.3390/ijerph16234867

Siegel, A., Ehmann, A. T., Meyer, I., Gröne, O., Niebling, W., Martus, P. & Rieger, M. A. (2024). Correction: Siegel et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 4867. International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(4). https://doi.org/10.3390/ijerph21040411

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Silva, M. J. de, Breuer, E., Lee, L., Asher, L., Chowdhary, N., Lund, C. & Patel, V. (2014). Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. Trials, 15, 267. https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-267

Sjoberg, D. D., Larmarange, J., Curry, M., La Rua, E. de, Lavery, J., Whiting, K., Zabor, E. C., Bai, X., Barrett, M., Drill, E., Flynn, J., Hannum, M., Lobaugh, S., Pileggi, S., Tin, A. & Wainberg, G. Z. (2025). gtsummary: Presentation-Ready Data Summary and Analytic Result Tables. Comprehensive R Archive Network (CRAN). https://cran.r-project.org/web/packages/gtsummary/index.html

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ, 374, n2061. https://doi.org/10.1136/bmj.n2061

Sklenarova, H., Haun, M. W [M. W.], Krümpelmann, A., Friederich, H.-C [H-C], Huber, J., Thomas, M [M.], Winkler, E. C., Girgis, A [A.], Dinkel, A., Herzog, W. & Hartmann, M [M.] (2015). Psychometric evaluation of the German Version of the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS-P&C-G) of cancer patients. European journal of cancer care, 24(6), 884–897. https://doi.org/10.1111/ecc.12325

Slagman, A., Hoffmann, F., Horenkamp-Sonntag, D., Swart, E [Enno], Vogt, V. & Herrmann, W. J. (2023). Analyse von Routinedaten in der Gesundheitsforschung: Validität, Generalisierbarkeit und Herausforderungen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 99(2), 86–92. https://doi.org/10.1007/s44266-022-00004-0

Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., Ferrell, B. R., Loscalzo, M., Meier, D. E., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Somerfield, M., Stovall, E. & Roenn, J. H. von (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 30(8), 880–887. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.5161

Smith S, Brick A, O'Hara S & Normand Ch (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. Palliative medicine, 28(2), 130–150. https://doi.org/10.1177/0269216313493466

Söling, S., Pfaff, H., Karbach, U., Ansmann, L. & Köberlein-Neu, J. (2022). How is leadership behavior associated with organization-related variables? Translation and psychometric evaluation of the implementation leadership scale in German primary healthcare. BMC health services research, 22(1), 1065. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08434-z

Spreitzer, G. M. & Mishra, A. K. (1999). Giving Up Control without Losing Control. Group & Organization Management, 24(2), 155–187. https://doi.org/10.1177/1059601199242003

Sułkowska, J., Kuźmicz, I., Kawalec-Kajstura, E., Palmer, S. & Brzostek, T. (2024). Coaching as a method of support for informal and formal caregivers in palliative care. Palliative Medicine in Practice. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.5603/pmp.98085

Sun, L., Booth, A. & Sworn, K. (2024). Adaptability, Scalability and Sustainability (ASaS) of complex health interventions: a systematic review of theories, models and frameworks. Implementation science, 19(1), 52. https://doi.org/10.1186/s13012-024-01375-7

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tang, T., Heidebrecht, C., Coburn, A., Mansfield, E., Roberto, E., Lucez, E., Lim, M. E., Reid, R. & Quan, S. D. (2019). Using an electronic tool to improve teamwork and interprofessional communication to meet the needs of complex hospitalized patients: A mixed methods study. International journal of medical informatics, 127, 35–42. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.010

Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A. & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. The New England journal of medicine, 363(8), 733–742. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678

Temel, J. S., Jackson, V. A., El-Jawahri, A., Rinaldi, S. P., Petrillo, L. A., Kumar, P., McGrath, K. A., LeBlanc, T. W., Kamal, A. H., Jones, C. A., Rabideau, D. J., Horick, N., Pintro, K., Gallagher Medeiros, E. R., Post, K. E. & Greer, J. A. (2024). Stepped Palliative Care for Patients With Advanced Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA, 332(6), 471–481. https://doi.org/10.1001/jama.2024.10398

Truong, T. H., Weeks, J. C., Cook, E. F. & Joffe, S. (2011). Altruism among participants in cancer clinical trials. Clinical trials (London, England), 8(5), 616–623. https://doi.org/10.1177/1740774511414444

U.S. Office of Management and Budget. (1992). Circular A-94: Guidelines and Discount Rates for Benefit-Cost Analysis of Federal Programs. Office of Management and Budget.

Valenta, S., Ribaut, J., Leppla, L., Mielke, J., Teynor, A., Koehly, K., Gerull, S., Grossmann, F., Witzig-Brändli, V. & Geest, S. de (2022). Context-specific adaptation of an eHealth-facilitated, integrated care model and tailoring its implementation strategies-A mixed-methods study as a part of the SMILe implementation science project. Frontiers in health services, 2, 977564. https://doi.org/10.3389/frhs.2022.977564

van Lankveld, J. J. D. M., Fleer, J., Schroevers, M. J., Sanderman, R., Oudsten, B. L. den & Dekker, J. (2018). Recruitment problems in psychosocial oncology research. Psycho-oncology, 27(9), 2296–2298. https://doi.org/10.1002/pon.4792

Vanbutsele, G., Pardon, K [Koen], van Belle, S., Surmont, V [Veerle], Laat, M. de [Martine], Colman, R., Eecloo, K., Cocquyt, V., Geboes, K [Karen] & Deliens, L [Luc] (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. The Lancet. Oncology, 19(3), 394–404. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3

Velasco Garrido, M., Zentner, A. & Busse, R. (2011). The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29(1), 28–38. https://doi.org/10.3109/02813432.2010.537015

VERBI Software. (2025). MAXQDA [Computer software]. https://www.maxqda.com/de/

Vogt, J., Beyer, F., Sistermanns, J., Kuon, J., Kahl, C., Alt-Epping, B., Stevens, S., Ahlborn, M., George, C., Heider, A., Tienken, M., Loquai, C., Stahlhut, K., Ruellan, A., Kubin, T., Dietz, A., Oechsle, K., Mehnert-Theuerkauf, A., van Oorschot, B [Birgitt], . . . Lordick, F [Florian] (2021). Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course. The oncologist, 26(6), e1058-e1065. https://doi.org/10.1002/onco.13751

Walde, P. & Völlm, B. A. (2023). The TRAPD approach as a method for questionnaire translation. Frontiers in psychiatry, 14, 1199989. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1199989

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Waldman, L. P., Centracchio, J. A., Jacobs, J. M., Petrillo, L. A., El-Jawahri, A. R., Temel, J. S. & Greer, J. A. (2023). Study protocol for a randomized trial of a supportive care mobile application to improve symptoms, coping, and quality of life in patients with advanced non-small cell lung cancer. Frontiers in psychology, 14, 1184482. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1184482

Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B. P. M. & Tan, J.-Y. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. BMC Palliative Care, 17(1), 96. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. Implementation science : IS, 4, 67. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67

Weller, J. M., Barrow, M. & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. Medical education, 45(5), 478–487. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x

Welslau, M [Manfred] & Tesch, H. (2022). OncoCoaching - eine patientenzentrierte Versorgung in der Onkologie. Im Focus Onkologie, 25(2), 24–27. https://doi.org/10.1007/s15015-022-3815-1

Wensing, M. (2017). The Tailored Implementation in Chronic Diseases (TICD) project: introduction and main findings. Implementation Science, 12(1), 5. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0536-x

Werner, A., Steckelberg, A., Strobel, A., Wienke, A., Schmidt, H., Vordermark, D., Michl, P., Westphalen, C. B. & Lühnen, J. (2025). Translation, adaptation, and validation of the Care Coordination Instrument for cancer patients. BMC health services research, 25(1), 13. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12123-4

White, R. E. & Cooper, K. (2022). Grounded Theory. In R. E. White & K. Cooper (Hrsg.), Qualitative Research in the Post-Modern Era: Critical Approaches and Selected Methodologies (1st ed. 2022, S. 339–385). Springer International Publishing; Imprint Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-85124-8_9

Wickham, H., Chang, W., Henry, L., Pedersen, T. L., Takahashi, K., Wilke, C., Woo, K., Yutani, H., Dunnington, D., van den Brand, T., Posit & PBC ROR ID. (2025). ggplot2: Create Elegant Data Visualisations Using the Grammar of Graphics. Comprehensive R Archive Network (CRAN). https://cran.r-project.org/web/packages/ggplot2/index.html

Wiegner, J.-U. & Heiland, M. (2024). Krankenhausreform und intersektorale Versorgung. Die MKG-Chirurgie, 17(4), 233–234. https://doi.org/10.1007/s12285-024-00495-9

WINHO GmbH. (2020). Qualitätsbericht der Niedergelassenen Hämatologen und Onkol… WINHO. https://dl.winho.de/QS-Bericht_2020_Web.pdf

Wood, W. A., Bailey, C., Castrogivanni, B., Mehedint, D., Bryant, A. L., Lavin, K., Tan, X., Richardson, J., Qian, Y., Tan, K. R. & Kent, E. E. (2023). Piloting HealthScore: Feasibility and acceptability of a clinically integrated health coaching program for people living with cancer. Cancer medicine, 12(7), 8804–8814. https://doi.org/10.1002/cam4.5625

Yang, L. Y., Manhas, D. S., Howard, A. F. & Olson, R. A. (2018). Patient-reported outcome use in oncology: a systematic review of the impact on patient-clinician communication. Supportive Care in Cancer, 26(1), 41–60. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3865-7

Zentrum für Krebsregisterdaten. (2023). Cancer in Germany 2019/2020: Cancer Figures, Key Publisher, Reporting Districts. Robert Koch-Institut. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

V Anlagen

Anlage 1:	Studienverlauf
Anlage 2:	Einverständniserklärungen
Anlage 3:	Beschreibung der Datenflüsse
Anlage 4:	Sensitivitätsanalyse hinsichtlich des Beobachtungszeitraums der Routinedatenanalyse
Anlage 5:	Schlüsseltabellen Routinedatenanalysen
Anlage 6:	Fragebögen für PatientInnen und Angehörige
Anlage 7:	Evaluationskonzept_V4.5 vom 06.04.2023
Anlage 8:	Fragebögen Gesundheitspersonal
Anlage 9:	Leitfäden Gesundheitspersonal
Anlage 10:	Leitfäden PatientInnen
Anlage 11:	Theory of Change Workshop Template
Anlage 12:	Weiterführende Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse - Fragestellung 2
Anlage 13:	Weiterführende Ergebnisse zur Prozessevaluation - Reach
Anlage 14:	Weiterführende Ergebnisse zur Prozessevaluation - Implementation
Anlage 15:	Theory of Change Legende

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 1: Studienverlauf

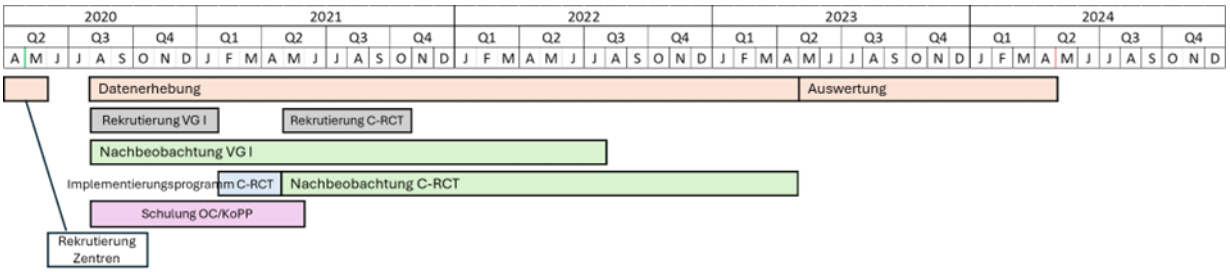


Abbildung 1: Geplanter Projektverlauf gemäß Gantt und Meilensteinplanung zu Projektbeginn

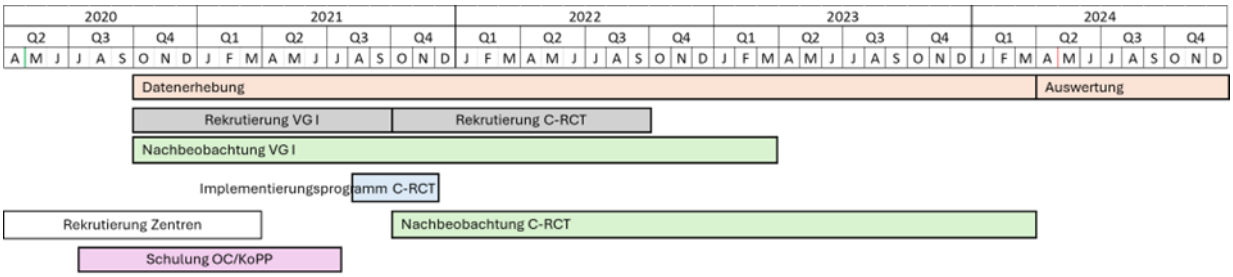


Abbildung 2: Geplanter Projektverlauf nach dem Antrag auf Projektlaufzeitverlängerung vom 27.08.2021

Weitere Änderungen im Zeit- und Arbeitsplan:

- Verlängerung des Rekrutierungszeitraums der C-RCT um drei Monate bis zum 31.12.2022
- Verkürzung der Nachbeobachtungszeit der Patient*innen, die in diesem Zeitraum eingeschlossen wurde und
- Reduktion der Fallzahlen in IG und VG II von jeweils 600 auf 400 Patienten

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

PMV forschungsgruppe

WINHO Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH

AKS Arbeitskreis klinische Studien e.V.

Information für Angehörige

OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen – OnCoPaTh

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir möchten Sie als Angehörige fragen, ob Sie an einer wissenschaftlichen Studie teilnehmen möchten. Diese Studie wird durch die Bergische Universität Wuppertal in Zusammenarbeit mit der/dem onkologischen Praxis/Klinik/Zentrum Ihrer/Ihres Angehörigen (kurz: betreuende Einrichtung) durchgeführt. Die Studie wird aus Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Bitte lesen Sie die Information zur Studie sorgfältig durch

und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.

Therapiekonzepte, Betreuungsoptionen und Unterstützungsangebote sind häufig komplex und für Betroffene nicht immer transparent dargestellt. Gemeinsam mit Ärzt*innen, qualifizierten onkologischen Fachassistent*innen (OncoCoaches) und einer frühen Hinzunahme möglicher Betreuungsangebote können Patient*innen mit einer Krebserkrankung besser über ihre Therapie informiert werden und eine aktive Rolle in der weiteren Versorgung einnehmen. So können Betroffene mithilfe von geschultem Personal beispielsweise Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen, die sich an ihren Wünschen und ihrer Lebenssituation orientieren. Zudem können mit Informationsgesprächen, Anleitungen und frühzeitig eingeleiteten Maßnahmen krisenhafte Lebenssituationen verhindert werden. Durch eine strukturierte Einbindung von qualifiziertem Fachpersonal (Ärzt*innen, OncoCoaches und Palliativpflegefachkräften) sollen diese Maßnahmen für eine bessere Betreuung von Patient*innen mit Krebserkrankung ermöglicht werden. Diese Maßnahmen stehen den Patient*innen in der Regelversorgung in einigen Einrichtungen bereits heute zur Verfügung. Jedoch kann eine begleitete und strukturierte Umsetzung dieser Maßnahmen die Versorgung onkologischer Patient*innen nachhaltig verbessern. Die Umsetzung verläuft dabei auf Einrichtungsebene und somit im Hintergrund der Versorgung. Für Patient*innen ist daher unter Umständen nicht ersichtlich, ob diese einer Kontrollgruppe oder der Interventionsgruppe zugeordnet sind. Durch die begleitete und strukturierte Umsetzung dieser Maßnahmen soll der ungedeckte Informationsbedarf gesenkt, Krankenhausaufenthalte vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Mit Ihrer Unterstützung möchten wir in unserer Studie die Auswirkungen der neuen Versorgungsform untersuchen. Das Programm wurde bereits bei Patient*innen mit oraler Krebstherapie erfolgreich angewendet und nun auf die Teilnehmer*innen unserer Studie angepasst.

Wie ist der Ablauf der Studie?

In einigen Einrichtungen werden neben der normalen Versorgung neue Versorgungsangebote eingeführt. Ziel ist es, Sie und Ihre/Ihrem Angehörige/n ausführlicher über die Therapie und mögliche Betreuungsangebote zu informieren. Zudem sollen die Lebenssituation und Wünsche der Betroffenen bei weiteren Versorgungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Mit welcher Umsetzungsstrategie bzw. in welchem Umfang die Versorgungsangebote in der betreuenden Einrichtung umgesetzt werden, entscheidet das Zufallsprinzip. Die Studie wird insgesamt 18 Monate in der betreuenden Einrichtung durchgeführt.
Wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden, erhalten Sie durch die Bergische Universität Wuppertal drei bis vier Fragebögen innerhalb von eineinhalb Jahren, um die für die Studie erforderlichen Daten von Ihnen zu erfassen. Das Ausfüllen dieser Fragebögen dauert jeweils ca. 15 Minuten.

Welche Daten benötigen wir und was geschieht mit Ihren Angaben (Datenschutzrechtliche Information)?

Für die Datenverarbeitung von Informationen, die über Befragungen erfasst werden sowie Informationen, die zur Organisation der Studie dienen, ist Frau Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu der Bergischen Universität Wuppertal verantwortlich:

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu
Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung
Bergische Universität Wuppertal
Rainer-Gruenter-Straße 21 - Gebäude FN
D-42119 Wuppertal
Tel.: +49 (0)202 439-1381
Fax: +49 (0)202 439-1384
www.versorgungsforschung.uni-wuppertal.de

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck des oben genannten Studienziels. Mit Ihrer Einwilligung werden wir Sie zur Teilnahme an Datenerhebungen einladen. Mit der Unterzeichnung der Einverständniserklärung und im Anschluss alle 6 Monate bitten wir Sie, soweit das für Sie möglich ist, für uns einen Fragebogen auszufüllen (Zeitaufwand ca. 15 Minuten).

Das Studienteam besteht aus wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal. Diese erheben (mit Ihrem Einverständnis) personenbezogene Daten (z.B. Name, Adresse, Telefonnummer) von Ihnen als Angehörige*r nur für den Zweck, Ihnen Befragungsunterlagen zuzusenden. Diese personenbezogenen Daten werden getrennt von Ihren Befragungs- und Gesundheitsdaten sowie der Befragungs- und Gesundheitsdaten Ihrer/Ihres Angehörigen an der Bergischen Universität Wuppertal gespeichert. Grundsätzlich werden alle personenbezogenen Daten mit einem Pseudonym (mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination) versehen und nur auf diesem Weg in Verbindung mit weiteren Datenerhebungen gebracht.

Alle Angaben und Aussagen, die Sie im Rahmen von Befragungen machen, werden pseudonymisiert erhoben und von Ihren personenbezogenen Daten sowie der Ihrer/Ihres Angehörigen getrennt gespeichert, damit kein direkter Personenbezug möglich ist. Das Pseudonym (mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination), der den Personenbezug möglich macht, ist nur den Studienmitarbeiter*innen zugänglich, die mit der Organisation der Befragung betraut sind und wird unter Verschluss aufbewahrt. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Datenschutzgesetze einhalten werden. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist Art. 6, Absatz 1 lit. a. Datenschutzgrundverordnung.

Die Daten zur Organisation der Befragung sowie das Pseudonym werden nach Ende des Forschungsvorhabens vollständig gelöscht. Dadurch ist nach Ablauf der Studie eine Anonymisierung der Daten gewährleistet.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie beenden. Dies hat keine Auswirkungen auf die Versorgung durch die betreuende Einrichtung.

Kann ich meine Einwilligung widerrufen?

Sie können Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig. Sie können im Fall des Widerrufs auch die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Wer ist bei Fragen ansprechbar?

Die Bergische Universität Wuppertal steht Ihnen jederzeit gerne für Rückfragen zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an:

Lisa Tönnies, Tel.: 0202 439-1383, Mail: Toennies@wiwi.uni-wuppertal.de

Welche weiteren Rechte habe ich bezogen auf den Datenschutz?

Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich der kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie gegebenenfalls eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und die Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen.

Bitte wenden Sie sich im Regelfall an die Bergische Universität Wuppertal, denn allein die Mitarbeiter*innen, die mit der Organisation der Befragung betreut sind können aufgrund des Pseudonymisierungsprozesses vollumfänglich auf Ihre Daten zugreifen bzw. entsprechende Auskünfte geben. Der Initiator der Studie kann vor diesem Hintergrund nur sehr begrenzt helfen.

Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich auch an folgende Datenschutzbeauftragte wenden:

Datenschutzbeauftragte der Bergischen Universität Wuppertal:

Gaußstraße 20
D-42097 Wuppertal
Tel.: +49 (0) 202 439 0
E-Mail: DSB@uni-wuppertal.de

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen:

Helga Block
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf
Tel.: 0211/38424-0
poststelle@ldi.nrw.de

Sie haben ein Beschwerderecht bei jeder Aufsichtsbehörde für den Datenschutz. Eine Liste der Aufsichtsbehörden in Deutschland finden Sie unter
https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

Wenn Sie mit der Teilnahme einverstanden sind, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Einwilligungserklärung für Angehörige

OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen – OnCoPaTh

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden. Ich habe den Informationsbogen gelesen. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe zufriedenstellende und vollständige Antworten erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit Einsicht in die gespeicherten Daten erhalten und ggf. deren Korrektur verlangen kann. Mir ist ebenfalls bewusst, dass meine Angaben pseudonymisiert verarbeitet werden. Das Pseudonym besteht dabei aus einem mehrstelligen Buchstaben- und Zahlenkombination, der personenidentifizierende Daten ersetzt. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten veranlassen.

Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern an der Bergischen Universität Wuppertal aufgezeichnet werden.

Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) durch die Bergische Universität Wuppertal an von ihr beauftragte Stellen zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden. Die Daten werden nicht an Länder außerhalb der EU weitergeleitet.

Ich willige ein, dass die Daten nach Beendigung oder Abbruch der klinischen Prüfung mindestens 10 Jahre aufbewahrt und im Anschluss nur in anonymisierter Form (ohne Personenbezug) archiviert werden.

Eine Änderung der Studiendaten (z.B. die Korrektur oder Löschung einzelner Angaben) ist bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung (Ablauf des Forschungsprojektes nach ca. 12 Monaten) möglich. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zur Teilnahme während der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir oder meiner/meines Angehörigen daraus Nachteile der weiteren medizinischen Versorgung meiner/meines Angehörigen entstehen. Falls ich die Teilnahme widerrufe, kann ich eine Löschung aller bisher erhobenen Daten verlangen, die nicht anonymisiert erhoben wurden, oder nicht bereits anonymisiert wurden. Für die Löschung der Daten kontaktieren Sie bitte die oben angegebene Ansprechpartnerin der Bergischen Universität Wuppertal.

Ich wurde über die Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung sowie der Übermittlung der Daten in pseudonymisierter Form erkläre ich mich einverstanden. Ich bin auch einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Adresse und Telefonnummer) zur Organisation der Befragungen durch Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal erfasst werden.

Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt entstehen mir keine Kosten oder sonstige Verpflichtungen. Ich habe eine Kopie des Informationsbogens und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie als Angehörige*r einer/eines Studienteilnehmerin/Studienteilnehmers. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich für diesen Aufgabenkreis bestellt wurde.

Teilnehmende*r Angehörige*r:

Name, Vorname (Blockschrift)

Postanschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Information für Gesundheitspersonal

OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen – OnCoPaTh

Sehr geehrte Frau Dr. , sehr geehrter Herr Dr., sehr geehrte Damen und Herren,
wir laden Sie ein, an Interviews und Befragungen teilzunehmen, die die Bergische Universität Wuppertal in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) im Projekt OnCoPaTh durchführt. Die Studie wird aus Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Bitte lesen Sie die Information zur Studie sorgfältig durch
und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.

Das Ziel dieser Studie ist die Evaluation einer neuen Versorgungsform. Mithilfe der neuen Versorgungsform soll die patientenzentrierte Versorgung onkologischer Patient*innen durch den Einsatz speziell qualifizierter onkologischer Fachassistent*innen (OncoCoaches) und einer standardisierten frühen Integration der palliativen Pflege verbessert werden. Beispielsweise sollen OncoCoaches als vorbeugendes Krisenmanagement eingesetzt werden, um unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Zudem sollen bestehende Informationsbedürfnisse auf Seiten der Patient*innen und Angehörigen identifiziert werden, die sowohl durch Beratung als auch durch Anleitung gedeckt werden.

Mit Ihrer Unterstützung möchten wir in unserer Studie den Effekt der neuen Versorgungsform (eine strukturierte Einbindung des OncoCoaches) untersuchen. Das Programm wurde bereits bei Patient*innen mit oraler Krebstherapie erfolgreich angewendet und für unsere Studie, die auf Patient*innen mit metastasiertem Ferntumor ausgerichtet ist, angepasst.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie teilt sich in zwei Phasen. In der ersten Phase werden alle teilnehmenden Institutionen der Vergleichsgruppe I zugeordnet. In dieser Phase möchten wir die täglich praktizierte Versorgung ohne Interventionseinfluss beobachten.

In der zweiten Phase (9 Monate nach Beginn der Vergleichsgruppe I) startet eine Cluster-randomisierte und kontrollierte Studie (C-RCT). Jede Institution stellt dabei ein Cluster dar, das durch einen Zufallsprozess der Interventions- oder der Vergleichsgruppe II zugeteilt wird. In der zweiten Phase erhalten alle Institutionen Zugang zur Basis-Schulung „OncoCoach“. Darüber hinaus erhalten Institutionen der Interventionsgruppe durch eine strukturierte Implementierung der OncoCoach-Arbeit, ein Dokumentationstool (App) sowie eine Wissensdatenbank weitere Unterstützung in der Umsetzung und Anwendung der neuen Versorgungsform (OnCoPaTh). In der WebApp findet eine benutzerorientierte Dokumentation statt. Dazu erhält jeder Anwender einen persönlichen Benutzernamen und ein persönliches Passwort. Alle Eintragungen und Dokumentationen werden mit dem persönlichen Benutzernamen in der Datenbank festgehalten. Bei bestimmten Eintragungen ist dies auch in der Oberfläche angezeigt, wie bspw. im Protokoll oder in den Texteinträgen für die Berichte. Diese Erfassung erfolgt nur zum Nachweis, eine benutzerorientierte Auswertung ist nicht vorgesehen. Die Studie wird insgesamt 33 Monate in den Institutionen durchgeführt.

Wir interessieren uns im Rahmen der Studie dafür, wie gut sich die Patient*innen informiert fühlen, wie zufriedenen sie mit ihrer Versorgung sind und inwiefern sie sich in der Lage sehen, ihre Versorgung mitzugestalten. Außerdem möchten wir erfahren, welchen Einfluss die verschiedenen Versorgungsformen auf die Lebensqualität der Patient*innen über den Beobachtungszeitraum haben.

Das Gesundheitspersonal (ärztliches Personal, OncoCoaches und Palliativ-Pflegekräfte) soll zu Themen wie z.B. fördernde und hemmende Faktoren, interprofessionelle Zusammenarbeit und Integration der Intervention in den Arbeitsalltag befragt werden. Diese Informationen dienen sowohl der Weiterentwicklung als auch der Bewertung der Intervention im Rahmen der Evaluation.

Hierfür werden Befragungen und Interviews in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Dabei werden bestimmte Themen mehrfach, also zu mehreren Befragungszeitpunkten erhoben, um anschließend den Einfluss der Intervention über die Studienlaufzeit abzubilden.

Wenn Sie sich zur Teilnahme an Interviews und Befragungen entscheiden, werden diese wie in folgendem Abschnitt beschrieben ablaufen.

Interviews:

- Die Interviews finden an drei Erhebungszeitpunkten (in einem Abstand von 12 Monaten) statt und werden vor Ort (persönlich) oder telefonisch durch die Bergische Universität Wuppertal (BUW) und das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) geführt.

- Für die Terminabsprache wird Sie ein*e wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in kontaktieren, Sie über die Themen des Interviews informieren und einen Termin mit Ihnen vereinbaren (siehe Abschnitt „Wer ist bei Fragen ansprechbar?“).
- Die Interviews werden von maximal zwei wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen durchgeführt und ca. 30 bis 45 Minuten in Anspruch nehmen.
- Das Interview wird mit Ihrem Einverständnis aufgezeichnet (Audioaufnahme). Es findet keine aktive Aufzeichnung von personenidentifizierenden Informationen statt. Die Aufzeichnungen werden im Nachgang verschriftlicht, dabei werden Personen- und Einrichtungsnamen anonymisiert. Die Angaben zu den Patient*innen sowie zum Gesundheitspersonal werden bei der Aufzeichnung nicht aktiv gespeichert.

Befragungen:

- Die schriftlichen Befragungen finden alle fünf bis sechs Monate statt und nehmen schätzungsweise 15 bis 25 Minuten in Anspruch. Dabei variiert der Umfang der Befragung nach der Anzahl der abgefragten Themen.
- Sie erhalten zu den entsprechenden Zeitpunkten eine Einladung zur Teilnahme an den Befragungen inklusive der Befragungsunterlagen sowie einem Rücksendeumschlag. Darüber hinaus werden die unausgefüllten Befragungsunterlagen als Vorlage in Ihrem Studienordner hinterlegt.
- Die ausgefüllten Befragungsunterlagen können Sie mit dem beigelegten Rücksendeumschlag anonym und kostenfrei an die Bergische Universität Wuppertal bzw. das WINHO zurücksenden.

Welche Daten benötigen wir und was geschieht mit Ihren Angaben (Datenschutzrechtliche Information)?

Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist Frau Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu der Bergischen Universität Wuppertal:

Frau Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu
Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung
Lehrstuhl für Versorgungsforschung
Bergische Universität Wuppertal
Rainer-Gruenter-Straße 21 - Gebäude FN
D-42119 Wuppertal

Tel.: +49 (0)202 439-1381
Fax: +49 (0)202 439-1384
www.versorgungsforschung.uni-wuppertal.de

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck des oben genannten Studienziels. Mit Ihrer Einwilligung werden wir Ihre Kontaktinformationen erfassen und Sie zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten für eine schriftliche Befragung und ggf. für ein Interview kontaktieren.

Das Studienteam, das aus wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal sowie des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen besteht erhebt Ihre Kontaktdaten (Name, Dienstadresse, Telefonnummer am Arbeitsplatz) nur für den Zweck, um die Termine zur Befragung im Rahmen der Studie organisieren zu können. Diese personenbezogenen Daten werden mit einem Pseudonym (Buchstaben- und Zahlenkombination) versehen und nur auf diesem Weg in Verbindung mit Befragungsergebnissen aus Ihrer Institution gebracht.

Alle Angaben und Aussagen, die Sie im Rahmen der Befragung machen, werden pseudonymisiert erhoben und getrennt von Ihren persönlichen Daten gespeichert, damit kein direkter Personenbezug möglich ist. Das Pseudonym, das den Personenbezug möglich macht, ist nur den Studienmitarbeiter*innen des Studienteams zugänglich und wird unter Verschluss aufbewahrt. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Datenschutzgesetze einhalten werden. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist Art. 6, Absatz 1 lit. a. Datenschutzgrundverordnung.

Die Daten zur Organisation der Befragungstermine, die Audioaufnahmen von Interviews sowie das Pseudonym (Buchstaben- und Zahlenkombination) werden nach Ende des Forschungsvorhabens vollständig gelöscht. Dadurch ist nach Ablauf der Studie eine Anonymisierung der Daten gewährleistet. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie beenden. Dies hat keine Auswirkungen auf die Projektteilnahme Ihrer Institution.

Kann ich meine Einwilligung widerrufen?

Sie können Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig. Sie können im Fall des Widerrufs auch die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Wer ist bei Fragen ansprechbar?

Die Bergische Universität Wuppertal sowie das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) stehen Ihnen jederzeit gerne für Rückfragen zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an:

Lisa Tönnies, Tel.: 0202 439-1383, E-Mail: Tönnies@wiwi.uni-wuppertal.de oder

Dr. Kerstin Hermes-Moll, Tel.: 0221 933 1919-13, E-Mail: Hermes-Moll@winho.de

Welche weiteren Rechte habe ich bezogen auf den Datenschutz?

Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich der kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie gegebenenfalls eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und die Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen.

Bitte wenden Sie sich im Regelfall an das Studienzentrum, denn allein das Studienzentrum kann aufgrund des Pseudonymisierungsprozesses vollumfänglich auf Ihre Daten zugreifen bzw. entsprechende Auskünfte geben. Der Initiator der Studie kann vor diesem Hintergrund nur sehr begrenzt helfen.

Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich auch an folgende Datenschutzbeauftragte wenden:

Datenschutzbeauftragter der Bergischen Universität Wuppertal:

Gaußstraße 20
D-42097 Wuppertal
Tel.: +49 0202 439 0
E-Mail: DSB@uni-wuppertal.de

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen:

Helga Block
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf
Tel.: 0211/38424-0
poststelle@ldi.nrw.de

Sie haben ein Beschwerderecht bei jeder Aufsichtsbehörde für den Datenschutz. Eine Liste der Aufsichtsbehörden in Deutschland finden Sie unter https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

Wenn Sie mit der Teilnahme einverstanden sind, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Einwilligungserklärung für Gesundheitspersonal

OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen – OnCoPaTh

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden. Ich habe den Informationsbogen gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe zufriedenstellende und vollständige Antworten erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit Einsicht in die gespeicherten Daten erhalten und ggf. deren Korrektur verlangen kann. Mir ist ebenfalls bewusst, dass meine Angaben pseudonymisiert verarbeitet werden. Das Pseudonym besteht dabei aus einem mehrstelligen Buchstaben- und Zahlenkombination, der personenidentifizierende Daten ersetzt. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten veranlassen.

Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern an der Bergischen Universität Wuppertal und dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen aufgezeichnet werden.

Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) durch die Bergische Universität Wuppertal sowie das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen an von ihr beauftragte Stellen zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden. Die Daten werden nicht an Länder außerhalb der EU weitergeleitet.

Ich willige ein, dass die Daten nach Beendigung oder Abbruch der klinischen Prüfung mindestens 10 Jahre aufbewahrt und im Anschluss nur in anonymisierter Form (ohne Personenbezug) archiviert werden.

Eine Änderung der Studiendaten (z.B. die Korrektur oder Löschung einzelner Angaben) ist bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung (Ablauf des Forschungsprojektes nach ca. 12 Monaten) möglich. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zur Teilnahme während der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir oder meiner Institution daraus Nachteile entstehen. Falls ich die Teilnahme widerrufe, kann ich eine Löschung aller bisher erhobenen Daten verlangen, die nicht anonymisiert erhoben wurden, oder nicht bereits anonymisiert wurden. Für die Löschung der Daten kontaktieren Sie bitte die oben angegebene Ansprechpartnerin der Bergischen Universität Wuppertal oder des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen.

Ich wurde über die Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung sowie der Übermittlung der Daten in pseudonymisierter Form erkläre ich mich einverstanden. Ich bin auch einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Dienstadresse und Telefonnummer) zur Organisation der Interviews und Befragungen durch das Studienteam der Bergischen Universität Wuppertal und des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen erhoben werden.

Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt entstehen mir keine Kosten oder sonstige Verpflichtungen. Ich habe eine Kopie des Informationsbogens und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit die freiwillige Teilnahme an Interviews und schriftlichen Befragungen, die Teil der wissenschaftlichen Auswertung des Projekts OnCoPaTh sind.

Teilnehmer*in:

Name, Vorname (Blockschrift)	**Ort und Datum** (persönlich auszufüllen)	**Unterschrift des Studienteilnehmers**

Information für Patientinnen und Patienten

OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen – OnCoPaTh

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir möchten Sie fragen, ob Sie an einer wissenschaftlichen Studie teilnehmen möchten. Diese Studie wird durch die Bergische Universität Wuppertal in Zusammenarbeit mit Ihrem/Ihrer onkologischen Praxis/Klinik/Zentrum (kurz: Ihre betreuende Einrichtung) durchgeführt und wird aus Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Bitte lesen Sie die Information zur Studie sorgfältig durch

und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.

Therapiekonzepte, Betreuungsoptionen und Unterstützungsangebote sind häufig komplex und für Betroffene nicht immer transparent dargestellt. Gemeinsam mit Ärzt*innen, qualifizierten onkologischen Fachassistent*innen (OncoCoaches) und einer frühen Hinzunahme möglicher Betreuungsangebote können Patient*innen mit einer Krebserkrankung besser über ihre Therapie informiert werden und eine aktive Rolle in der weiteren Versorgung einnehmen. So können Betroffene mithilfe von geschultem Personal beispielsweise Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen, die sich an ihren Wünschen und ihrer Lebenssituation orientieren. Zudem können mit Informationsgesprächen, Anleitungen und frühzeitig eingeleiteten Maßnahmen krisenhafte Lebenssituationen verhindert werden. Durch eine strukturierte Einbindung von qualifiziertem Fachpersonal (Ärzt*innen, OncoCoaches und Palliativpflegefachkräften) sollen diese Maßnahmen für eine bessere Betreuung von Patient*innen mit Krebserkrankung ermöglicht werden. Diese Maßnahmen stehen den Patient*innen in der Regelversorgung in einigen Einrichtungen bereits heute zur Verfügung. Jedoch kann eine begleitete und strukturierte Umsetzung dieser Maßnahmen die Versorgung onkologischer Patienten nachhaltig verbessern. Die Umsetzung verläuft dabei auf Einrichtungsebene und somit im Hintergrund der Versorgung. Für Patient*innen ist daher unter Umständen nicht ersichtlich, ob diese einer Kontrollgruppe oder der Interventionsgruppe zugeordnet sind. Durch die begleitete und strukturierte Umsetzung dieser Maßnahmen soll der ungedeckte Informationsbedarf gesenkt, Krankenhausaufenthalte vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Mit Ihrer Unterstützung möchten wir in unserer Studie die Auswirkungen der neuen Versorgungsform untersuchen. Das Programm wurde bereits bei Patient*innen mit oraler Krebstherapie erfolgreich angewendet und nun auf die Teilnehmer*innen unserer Studie angepasst.

Mögliche Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen

Da im Rahmen unserer Studie nur Daten erhoben werden, sind mit der Teilnahme keine medizinischen Risiken verbunden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

In einigen Einrichtungen werden neben der normalen Versorgung neue Versorgungsangebote eingeführt. Ziel ist es, Sie ausführlicher über Ihre Therapie und mögliche Betreuungsangebote zu informieren und bei weiteren Versorgungsmaßnahmen Ihre Lebenssituation und Wünsche zu berücksichtigen. Mit welcher Umsetzungsstrategie bzw. in welchem Umfang die Versorgungsangebote in Ihrer betreuenden Einrichtung umgesetzt werden, entscheidet das Zufallsprinzip. Die Studie wird insgesamt 18 Monate in Ihrer betreuenden Einrichtung durchgeführt.

Wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden, erhalten Sie durch die Mitarbeiter*innen Ihrer betreuenden Einrichtung sieben Fragebögen innerhalb von eineinhalb Jahren, um die für die Studie erforderlichen Daten von Ihnen zu erfassen. Das Ausfüllen dieser Fragebögen dauert jeweils zwischen 15 und 40 Minuten. Je nachdem, welches Versorgungsangebot in Ihrer betreuenden Einrichtung eingeführt wird, wird ein*e Mitarbeiter*in der Studie ggf. dreimal in eineinhalb Jahren telefonisch Kontakt zu Ihnen aufnehmen und Sie zu den Versorgungsangeboten Ihrer betreuenden Einrichtung befragen. Diese Interviews dauern ca. 20 Minuten und werden nur bei einer kleinen, zufällig bestimmten Stichprobe der Studienteilnehmer durchgeführt.

Welche Daten benötigen wir und was geschieht mit Ihren Angaben (Datenschutzrechtliche Information)?

Für die Datenverarbeitung von Informationen, die über Befragungen, Dokumentenanalysen und Interviews erfasst werden sowie Informationen, die zur Organisation der Studie dienen ist Frau Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu der Bergischen Universität Wuppertal verantwortlich:

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu

Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung

Bergische Universität Wuppertal
Rainer-Gruenter-Straße 21 - Gebäude FN
D-42119 Wuppertal
Tel.: +49 (0)202 439-1381
Fax: +49 (0)202 439-1384
www.versorgungsforschung.uni-wuppertal.de

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck des oben genannten Studienziels. Mit Ihrer Einwilligung werden wir (nach Unterzeichnung einer Schweigepflichtentbindungserklärung) Einsicht in die Dokumentation nehmen, die ggf. bei der Beratung durch das Gesundheitspersonal entstanden ist. Zudem wird das Studienteam Sie fragen, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Zu Studienbeginn und im Anschluss alle 3 Monate bitten wir Sie, soweit das für Sie möglich ist, für uns einen Fragebogen auszufüllen (Zeitaufwand ca. 15 - 40 Minuten). Jede*r fünfte Studienteilnehmer*in kontaktieren wir zu Beginn der Studie sowie 12 und 18 Monate nach Beginn der Studie mit der Bitte, an einem Interview (Zeitaufwand ca. 20 Minuten) teilzunehmen.

Das Studienteam besteht aus wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal, Mitarbeiter*innen des Arbeitskreises Klinischer Studien e.V. (AKS) sowie Gesundheitspersonal Ihrer betreuenden Einrichtung. Das Gesundheitspersonal Ihrer Einrichtung stellt mit Ihrem Einverständnis den Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal personenbezogene und Gesundheitsdaten zur Verfügung. Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal erhalten die Einsicht auf Ihre personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adresse, Telefonnummer) nur für organisatorische Zwecke im Rahmen der Studie. Das bedeutet, dass die Bergische Universität Wuppertal diesen Zugriff ggf. zum Versand von Befragungsunterlagen sowie zur Organisation von Terminen für Interviews im Rahmen der Studie verwendet. Dieser Prozess wird durch den AKS gesichert und überwacht. Die personenbezogenen Daten werden unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen auf Servern eines vom AKS beauftragten Dienstleisters (fluxio.io bzw. eHealth-Tec) gespeichert. Dabei ist die Trennung von Personen- und Gesundheitsdaten durch Zugriffsrechte gewährleitet. Auf den Servern der Bergischen Universität Wuppertal werden Ihre Befragungs- und Gesundheitsdaten gespeichert. Grundsätzlich werden alle personenbezogenen Daten mit einem Pseudonym (mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination) versehen und nur auf diesem Weg in Verbindung mit weiteren Datenerhebungen gebracht.

Alle Angaben und Aussagen, die Sie im Rahmen von Befragungen machen, oder aus der Dokumentation des Gesundheitspersonals entnommen werden, werden pseudonymisiert erhoben und von Ihren personenbezogenen Daten getrennt gespeichert, damit kein direkter Personenbezug möglich ist. Das Pseudonym (mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombination), der den Personenbezug möglich macht, ist nur den Studienmitarbeiter*innen des Studienteams zugänglich und wird unter Verschluss aufbewahrt. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Datenschutzgesetze einhalten werden. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist Art. 6, Absatz 1 lit. a. Datenschutzgrundverordnung.

Die Daten zur Organisation der Befragungstermine, die Audioaufnahmen von Interviews sowie das Pseudonym werden nach Ende des Forschungsvorhabens vollständig gelöscht. Dadurch ist nach Ablauf der Studie eine Anonymisierung der Daten gewährleistet.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie beenden. Dies hat keine Auswirkungen auf die Versorgung durch die betreuende Einrichtung.

Kann ich meine Einwilligung widerrufen?

Sie können Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig. Sie können im Fall des Widerrufs auch die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Wer ist bei Fragen ansprechbar?

Die Bergische Universität Wuppertal steht Ihnen jederzeit gerne für Rückfragen zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an:

Lisa Tönnies, Tel.: 0202 439-1383, Mail: Tönnies@wiwi.uni-wuppertal.de

Welche weiteren Rechte habe ich bezogen auf den Datenschutz?

Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich der kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie gegebenenfalls eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und die Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen.

Bitte wenden Sie sich im Regelfall an das Studienzentrum, denn allein das Studienzentrum kann aufgrund des Pseudonymisierungsprozesses vollumfänglich auf Ihre Daten zugreifen bzw. entsprechende Auskünfte geben. Der Initiator der Studie kann vor diesem Hintergrund nur sehr begrenzt helfen.
Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich auch an folgende Datenschutzbeauftragte wenden:

Datenschutzbeauftragter der Bergischen Universität Wuppertal:

Gaußstraße 20
D-42097 Wuppertal
Tel.: +49 0202 439 0
E-Mail: DSB@uni-wuppertal.de

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen:

Helga Block
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf
Tel.: 0211/38424-0
poststelle@ldi.nrw.de

Sie haben ein Beschwerderecht bei jeder Aufsichtsbehörde für den Datenschutz. Eine Liste der Aufsichtsbehörden in Deutschland finden Sie unter
https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

Wenn Sie mit der Teilnahme einverstanden sind, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

OncoCoaching und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen – OnCoPaTh

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden. Ich habe den Informationsbogen gelesen. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe zufriedenstellende und vollständige Antworten erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit Einsicht in die gespeicherten Daten erhalten und ggf. deren Korrektur verlangen kann. Mir ist ebenfalls bewusst, dass meine Angaben pseudonymisiert verarbeitet werden. Das Pseudonym besteht dabei aus einem mehrstelligen Buchstaben- und Zahlenkombination, der personenidentifizierende Daten ersetzt. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten veranlassen.

Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und auf elektronischen Datenträgern des vom AKS beauftragten Dienstleisters (fluxo.io bzw. eHealth-Tec) aufgezeichnet werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzt*innen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) durch die Bergische Universität Wuppertal an von ihr beauftragte Stellen zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden. Die Daten werden nicht an Länder außerhalb der EU weitergeleitet.

Ich willige ein, dass die Daten nach Beendigung oder Abbruch der klinischen Prüfung mindestens 10 Jahre aufbewahrt und im Anschluss nur in anonymisierter Form (ohne Personenbezug) archiviert werden.

Eine Änderung der Studiendaten (z.B. die Korrektur oder Löschung einzelner Angaben) ist bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung (Ablauf des Forschungsprojektes nach ca. 12 Monaten) möglich. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zur Teilnahme während der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung entstehen. Falls ich die Teilnahme widerrufe, kann ich eine Löschung aller bisher erhobenen Daten verlangen, die nicht anonymisiert erhoben wurden, oder nicht bereits anonymisiert wurden. Für die Löschung der Daten kontaktieren Sie bitte die oben angegebene Ansprechpartnerin der Bergischen Universität Wuppertal.

Ich wurde über die Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung sowie der Übermittlung der Daten in pseudonymisierter Form erkläre ich mich einverstanden. Ich bin auch einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, Adresse und Telefonnummer) zur Organisation der Interviews und Befragungen durch Mitarbeiter*innen meiner onkologischen Einrichtung erfasst und durch Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal eingesehen werden.

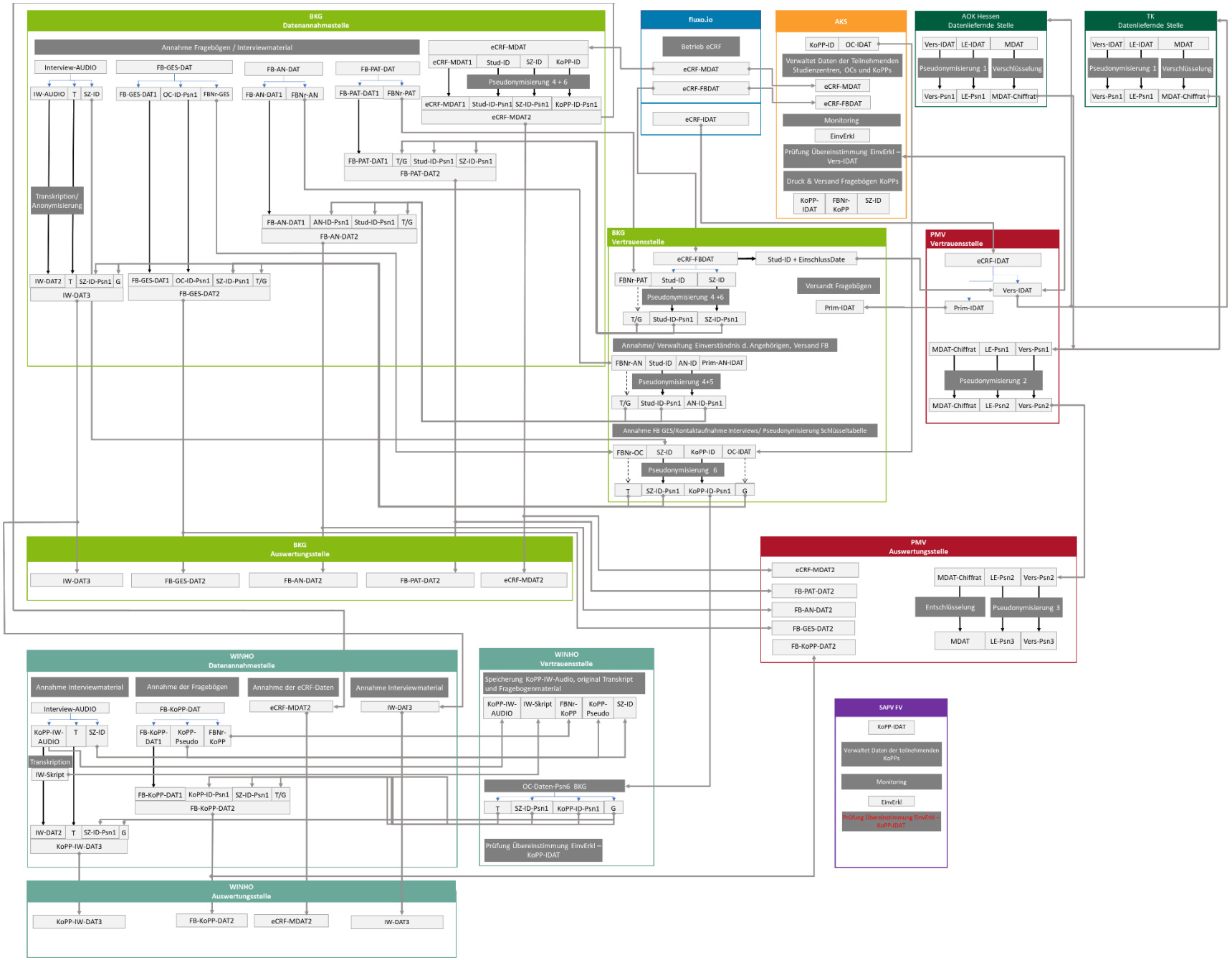
Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt entstehen mir keine Kosten oder sonstige Verpflichtungen. Ich habe eine Kopie des Informationsbogens und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie. Zugleich gebe ich die Einwilligung zur Einsichtnahme in die Dokumentation des Gesundheitspersonals zu meiner Person durch geschultes Personal des Studienteams.

Teilnehmer*in:

Name, Vorname (Blockschrift)	**Ort und Datum** (persönlich auszufüllen)	**Unterschrift des Studienteilnehmers**

Anlage 3: Beschreibung der Datenflüsse



Begrifflichkeiten 1

- eCRF-FBDAT: Datensatz zum Fragebogenmanagement inkl. FBNr, SZ-ID und Stud-ID
- FBNr: Fragebogennummer
- Stud-ID: Ursprungs-ID der eingeschlossenen Patient:innen
- Stud-ID-Psn1: Pseudonymisierte ID der eingeschlossenen Patient:innen
- SZ-ID: Ursprungs-ID des eingeschlossenen Studienzentrums
- SZ-ID-Psn1: Pseudonymisierte ID des eingeschlossenen Studienzentrums
- eCRF-MDAT: MDAT-Datensatz aus eCRF mit Stud-ID
- eCRF-MDAT1: MDAT-Datensatz aus eCRF ohne Stud-ID
- eCRF-MDAT2: MDAT1 + pseudonymisierte ID-Variablen
- FB-PAT-DAT: Fragebogendatensatz Patient:innen
- FB-PAT-DAT1: Fragebogendatensatz Patient:innen ohne FB-Nr
- FB-PAT-DAT2: Fragebogendatensatz Patient:innen + pseudonymisierte ID-Variablen
- FB-AN-DAT: Fragebogendatensatz Angehörige
- FB-AN-DAT1: Fragebogendatensatz Angehörige ohne FB-Nr
- FB-AN-DAT2: Fragebogendatensatz Angehörige + pseudonymisierte ID-Variablen
- FB-GES-DAT: Fragebogendatensatz Gesundheitspersonal OC
- FB-GES-DAT1: Fragebogendatensatz Gesundheitspersonal ohne FB-Nr
- FB-GES-DAT2: Fragebogendatensatz Gesundheitspersonal + pseudonymisierte ID-Variablen
- FB-KoPP-Dat: Fragebogen Datensatz Gesundheitspersonal KoPP
- FB-KoPP-DAT2: Fragebogen Datensatz Gesundheitspersonal KoPP + pseudonymisierte ID-Variablen
- KoPP-Pseudo: selbst generiertes Pseudonym KoPP

Begrifflichkeiten 2

- Interview-AUDIO: Audio Datei
- IW-AUDIO: Audio Datei vor Transkription ohne SZ-ID
- IW-DAT2: Transkript Datei anonymisiert ohne SZ-ID
- IW-DAT3:Transkript Datei anonymisiert + pseudonymisierte ID-Variablen & T/G
- IW-Skript: Transkript-Datei vor Anonymisierung
- KoPP-IW-DAT3: Transkript Datei anonymisiert + pseudonymisierte ID-Variablen & T/G
- T/G: Zusatzinfo zu Erhebungszeitpunkt/Studiengruppen
- OC-IDAT: Alle IDAT Daten des Gesundheitspersonals , die für Primärerhebung benötigt werden
- OC-ID-Psn1: Pseudonym des Gesundheitspersonal (Vergabe durch Gesundheitspersonal)
- KoPP-ID: Ursprungs-ID der eingeschlossenen KoPP
- KoPP-ID-Psn1: Pseudonymisierte ID der eingeschlossenen KoPP
- AN-ID: Ursprungs-ID der eingeschlossenen Angehörigen
- AN-ID-Psn1: Pseudonymisierte ID der eingeschlossenen Angehörigen
- Prim-AN-IDAT: Alle IDAT Daten der Angehörigen, die für Primärerhebung benötigt werden
- Prim-IDAT: Alle IDAT Daten der Patient:innen, die für Primärerhebung benötigt werden
- EinschlussDate: Variable aus MDAT „Datum des Patienteneinschlusses“
- Vers-IDAT: Alle IDAT Daten, die für Übermittlung an Krankenkasse benötigt werden

Anlage 4: Sensitivitätsanalyse hinsichtlich des Beobachtungszeitraums der Routinedatenanalyse

Um den Einfluss der Wahl des Beobachtungszeitraums abzuschätzen, wurden im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse die Analysen für die Auswertung des primären Endpunkts noch einmal mit einem Beobachtungszeitraum beginnend am Ende des Einschlussquartals und einer Dauer von ebenso sechs Quartalen durchgeführt. Da einige Proband*innen bereits im Einschlussquartal oder kurz nach dem Einschlussquartal verstorben sind, weisen in diesem Beobachtungszeitraum weniger Versicherte Krankenhausaufenthalte auf: In der Interventionsgruppe gibt es 35, in der VG I 63, in der VG II 31 und in der zusammengelegten Vergleichsgruppe VG I und VG II 94 Versicherte mit Krankenhausaufenthalten. Werden alle Versicherten betrachtet, reicht die Anzahl an Krankenhausaufenthalten in diesem Beobachtungszeitraum von null bis elf Aufenthalte. In der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe I liegen die Mittelwerte sehr nahe beieinander mit durchschnittlich rund zwei Krankenhausaufenthalten pro Versicherten (siehe Tabelle 17), während in der Vergleichsgruppe II die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten mit rund drei Aufenthalten geringfügig höher ist. Der Median beträgt in allen Gruppen zwei Aufenthalte (siehe Abbildung 22).

Tabelle 1: Anzahl an Krankenhausaufenthalten Sensitivitätsanalyse (n=184; eigene Darstellung)

IG		**VGI**		**VGII**		**VGI+VGII**		**Test auf Unterschiede zwischen IG und VGI + VGII**		
Spannweite	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**Spannweite**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**95%-KI**	
0-9	2,10	0-11	2,13	0-10	2,56	0-11	2,27	0,6741	-0,9588130	0,6214995

Der zweiseitige, unabhängige t-Test lieferte dementsprechend kein statistisch signifikantes Ergebnis ($p>0,05$; siehe Abbildung 22). Auch der paarweise t-Test mit Bonferroni-Korrektur deutet auf keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hin (siehe Abbildung 23).

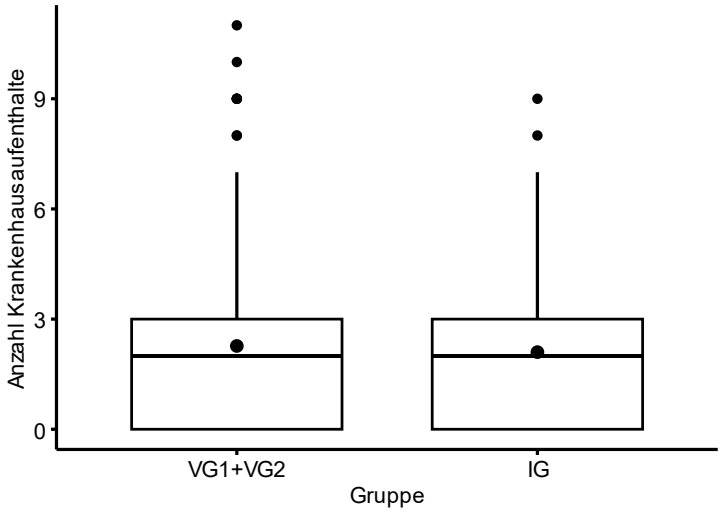


Abbildung 1: Anzahl an Krankenhausaufenthalten Sensitivitätsanalyse (n=184; eigene Darstellung)

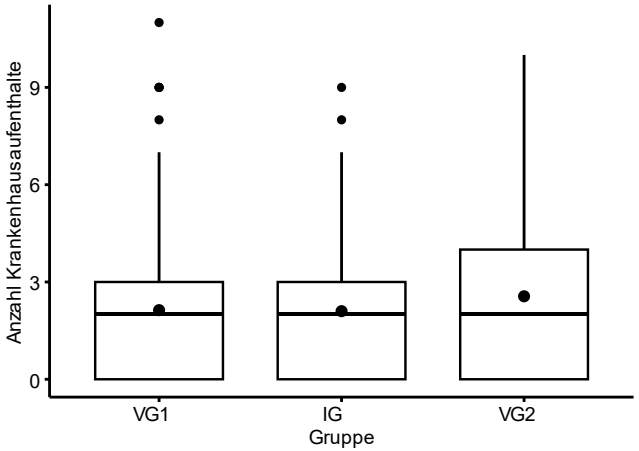


Abbildung 2: Anzahl an Krankenhausaufenthalten nach Gruppen Sensitivitätsanalyse (n=184; eigene Darstellung)

Anlage 5: Schlüsseltabellen Routinedatenanalysen

Tabelle 1: Schlüsseltabelle Krebsdiagnosen nach ICD-10 (eigene Darstellung)

ICD-10	Beschreibung
C00-C75	Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen
C00–C14	Lippe, Mundhöhle und Pharynx
C15–C26	Verdauungsorgane
C30–C39	Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe
C40–C41	Knochen und Gelenkknorpel
C43–C44	Haut
C45–C49	Mesotheliales Gewebe und Weichteilgewebe
C50	Brustdrüse (Mamma)
C51–C58	Weibliche Genitalorgane
C60–C63	Männliche Genitalorgane
C64–C68	Harnorgane
C69–C72	Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralnervensystems
C73–C75	Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D37-D48	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens

Tabelle 2: Schlüsseltabelle palliative ATC-Gruppen (eigene Darstellung)

Wirkstoffe	Gruppe	atc19	atc2020	atc2021	atc2022	atc2023
Acemetacin	Analgetika, Antiphlogistika	M01AB11	M01AB11	M01AB11	M01AB11	M01AB11
Etoricoxib	Analgetika, Antiphlogistika	M01AH05	M01AH05	M01AH05	M01AH05	M01AH05
Indometacin	Analgetika, Antiphlogistika	M01AB01	M01AB01	M01AB01	M01AB01	M01AB01
Indometacin, Kombinationen	Analgetika, Antiphlogistika	M01AB51	M01AB51	M01AB51	M01AB51	M01AB51
Ketoprofen	Analgetika, Antiphlogistika	M01AE03	M01AE03	M01AE03	M01AE03	M01AE03
Ketoprofen, Kombinationen	Analgetika, Antiphlogistika	M01AE53	M01AE53	M01AE53	M01AE53	M01AE53
Meloxicam	Analgetika, Antiphlogistika	M01AC06	M01AC06	M01AC06	M01AC06	M01AC06

Meloxicam, Kombinationen	Analgetika, Antiphlogistika	M01AC56	M01AC56	M01AC56	M01AC56	M01AC56
Pethidin	Analgetika, Antiphlogistika	N02AB02	N02AB02	N02AB02	N02AB02	N02AB02
Pethidin mit Spasmolytika	Analgetika, Antiphlogistika	N02AG03	N02AG03	N02AG03	N02AG03	N02AG03
Pethidin, Kombinationen exkl. Psycholeptika	Analgetika, Antiphlogistika	N02AB52	N02AB52	N02AB52	N02AB52	N02AB52
Pethidin, Kombinationen mit Psycholeptika	Analgetika, Antiphlogistika	N02AB72	N02AB72	N02AB72	N02AB72	N02AB72
Phenylbutazon	Analgetika, Antiphlogistika	M01AA01	M01AA01	M01AA01	M01AA01	M01AA01
Phenylbutazon und Corticosteroide	Analgetika, Antiphlogistika	M01BA01	M01BA01	M01BA01	M01BA01	M01BA01
Phenylbutazon, Kombinationen	Analgetika, Antiphlogistika	M01AA51	M01AA51	M01AA51	M01AA51	M01AA51
Phenylbutazon, Kombinationen	Analgetika, Antiphlogistika	R05XA10	R05XA10	R05XA10	R05XA10	R05XA10
Piroxicam	Analgetika, Antiphlogistika	M01AC01	M01AC01	M01AC01	M01AC01	M01AC01
Acetyldigoxin	Antiarrhythmika	C01AA02	C01AA02	C01AA02	C01AA02	C01AA02
Acetyldigoxin, Kombinationen	Antiarrhythmika	C01AA52	C01AA52	C01AA52	C01AA52	C01AA52
Chinidin	Antiarrhythmika	C01BA01	C01BA01	C01BA01	C01BA01	C01BA01
Chinidin, Kombinationen exkl. Psycholeptika	Antiarrhythmika	C01BA51	C01BA51	C01BA51	C01BA51	C01BA51
Chinidin, Kombinationen mit Psycholeptika	Antiarrhythmika	C01BA71	C01BA71	C01BA71	C01BA71	C01BA71
Verapamil in Kombination mit Chinidin	Antiarrhythmika	C08DA81	C08DA81	C08DA81	C08DA81	C08DA81

Digoxin	Antiarrhythmika	C01AA05	C01AA05	C01AA05	C01AA05	C01AA05
Digoxin, Kombinationen	Antiarrhythmika	C01AA55	C01AA55	C01AA55	C01AA55	C01AA55
Flecainid	Antiarrhythmika	C01BC04	C01BC04	C01BC04	C01BC04	C01BC04
Metildigoxin	Antiarrhythmika	C01AA08	C01AA08	C01AA08	C01AA08	C01AA08
Metildigoxin, Kombinationen	Antiarrhythmika	C01AA58	C01AA58	C01AA58	C01AA58	C01AA58
Sotalol	Antiarrhythmika	C07AA07	C07AA07	C07AA07	C07AA07	C07AA07
Sotalol und Acetylsalicylsäure	Antiarrhythmika	C07FX02	C07FX02	C07FX02	C07FX02	C07FX02
Sotalol und Thiazide	Antiarrhythmika	C07BA07	C07BA07	C07BA07	C07BA07	C07BA07
Clemastin	Anticholinergika	R06AA04	R06AA04	R06AA04	R06AA04	R06AA04
Clemastin, Kombinationen	Anticholinergika	R06AA54	R06AA54	R06AA54	R06AA54	R06AA54
Dimetinden	Anticholinergika	R06AB03	R06AB03	R06AB03	R06AB03	R06AB03
Hydroxyzin	Anticholinergika	N05BB01	N05BB01	N05BB01	N05BB01	N05BB01
Hydroxyzin, systemisch	Anticholinergika	R06AX33	R06AX33	R06AX33	R06AX33	R06AX33
Hydroxyzin, Kombinationen	Anticholinergika	N05BB51	N05BB51	N05BB51	N05BB51	N05BB51
Oxybutynin	Anticholinergika	G04BD04	G04BD04	G04BD04	G04BD04	G04BD04
Solifenacin	Anticholinergika	G04BD08	G04BD08	G04BD08	G04BD08	G04BD08

Tamsulosin und Solifenacin	Anticholinergika	G04CA53	G04CA53	G04CA53	G04CA53	G04CA53
Naftidrofuryl	Antidementiva, Vasodilatatoren, durchblutungsfördernde Mittel	C04AX21	C04AX21	C04AX21	C04AX21	C04AX21
Nicergolin	Antidementiva, Vasodilatatoren, durchblutungsfördernde Mittel	C04AE02	C04AE02	C04AE02	C04AE02	C04AE02
Nicergolin	Antidementiva, Vasodilatatoren, durchblutungsfördernde Mittel	N06DX13	N06DX13	N06DX13	N06DX13	N06DX13
Pentoxifyllin	Antidementiva, Vasodilatatoren, durchblutungsfördernde Mittel	C04AD03	C04AD03	C04AD03	C04AD03	C04AD03
Piracetam	Antidementiva, Vasodilatatoren, durchblutungsfördernde Mittel	N06BX03	N06BX03	N06BX03	N06BX03	N06BX03
Amitriptylin	Antidepressiva	N06AA09	N06AA09	N06AA09	N06AA09	N06AA09
Amitriptylin und Psycholeptika	Antidepressiva	N06CA01	N06CA01	N06CA01	N06CA01	N06CA01
Amitriptylinoxid	Antidepressiva	N06AA25	N06AA25	N06AA25	N06AA25	N06AA25
Clomipramin	Antidepressiva	N06AA04	N06AA04	N06AA04	N06AA04	N06AA04
Doxepin	Antidepressiva	N06AA12	N06AA12	N06AA12	N06AA12	N06AA12
Fluoxetin	Antidepressiva	N06AB03	N06AB03	N06AB03	N06AB03	N06AB03

Fluoxetin und Psycholeptika	Antidepressiva	N06CA03	N06CA03	N06CA03	N06CA03	N06CA03
Imipramin	Antidepressiva	N06AA02	N06AA02	N06AA02	N06AA02	N06AA02
Imipraminoxid	Antidepressiva	N06AA03	N06AA03	N06AA03	N06AA03	N06AA03
Maprotilin	Antidepressiva	N06AA21	N06AA21	N06AA21	N06AA21	N06AA21
Tranylcypromin	Antidepressiva	N06AF04	N06AF04	N06AF04	N06AF04	N06AF04
Tranylcypromin und Psycholeptika	Antidepressiva	N06CA07	N06CA07	N06CA07	N06CA07	N06CA07
Trimipramin	Antidepressiva	N06AA06	N06AA06	N06AA06	N06AA06	N06AA06
Dimenhydrinat	Antiemetika	A04AB02	A04AB02	A04AB02	A04AB02	A04AB02
Dimenhydrinat, Kombinationen	Antiemetika	A04AB52	A04AB52	A04AB52	A04AB52	A04AB52
Cinnarizin und Dimenhydrinat	Antiemetika	N07CA22	N07CA22	N07CA22	N07CA22	N07CA22
Phenobarbital	Antiepileptika	N03AA02	N03AA02	N03AA02	N03AA02	N03AA02
Clonidin	Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel	C02AC01	C02AC01	C02AC01	C02AC01	C02AC01
Clonidin und Diuretika	Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel	C02LC01	C02LC01	C02LC01	C02LC01	C02LC01
Clonidin und Diuretika, Kombinationen mit anderen Mitteln	Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel	C02LC51	C02LC51	C02LC51	C02LC51	C02LC51
Doxazosin	Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel	C02CA04	C02CA04	C02CA04	C02CA04	C02CA04
Methyldopa	Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel	C02AB	C02AB	C02AB	C02AB	C02AB

Methyldopa und Diuretika in Kombination	Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel	C02LB	C02LB	C02LB	C02LB	C02LB
Terazosin (als Antihypertensivum)	Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel	C02CA08	C02CA08	C02CA08	C02CA08	C02CA08
Dihydroergocryptinmesilat	Ergotamin und -Derivate	N04BC03	N04BC03	N04BC03	N04BC03	N04BC03
Dihydroergotoxin	Ergotamin und -Derivate	N06DX07	N06DX07	N06DX07	N06DX07	N06DX07
Dihydroergotoxin, Kombinationen	Ergotamin und -Derivate	N06DX57	N06DX57	N06DX57	N06DX57	N06DX57
Ergotamin	Ergotamin und -Derivate	N02CA02	N02CA02	N02CA02	N02CA02	N02CA02
Ergotamin, Kombinationen exkl. Psycholeptika	Ergotamin und -Derivate	N02CA52	N02CA52	N02CA52	N02CA52	N02CA52
Ergotamin, Kombinationen mit Psycholeptika	Ergotamin und -Derivate	N02CA72	N02CA72	N02CA72	N02CA72	N02CA72
Dickfluessiges Paraffin	Laxanzien	A06AA01	A06AA01	A06AA01	A06AA01	A06AA01
Dickflüssiges Paraffin, Kombinationen	Laxanzien	A06AA51	A06AA51	A06AA51	A06AA51	A06AA51
Baclofen	Muskelrelaxanzien	M03BX01	M03BX01	M03BX01	M03BX01	M03BX01
Clozapin	Neuroleptika	N05AH02	N05AH02	N05AH02	N05AH02	N05AH02
Fluphenazin	Neuroleptika	N05AB02	N05AB02	N05AB02	N05AB02	N05AB02
Levomepromazin	Neuroleptika	N05AA02	N05AA02	N05AA02	N05AA02	N05AA02
Perphenazin	Neuroleptika	N05AB03	N05AB03	N05AB03	N05AB03	N05AB03
Thioridazin	Neuroleptika	N05AC02	N05AC02	N05AC02	N05AC02	N05AC02

Alprazolam	Sedativa, Hypnotika	N05BA12	N05BA12	N05BA12	N05BA12	N05BA12
Bromazepam	Sedativa, Hypnotika	N05BA08	N05BA08	N05BA08	N05BA08	N05BA08
Chloralhydrat	Sedativa, Hypnotika	N05CC01	N05CC01	N05CC01	N05CC01	N05CC01
Chloralhydrat, Kombinationen	Sedativa, Hypnotika	N05CX11	N05CX11	N05CX11	N05CX11	N05CX11
Chlordiazepoxid	Sedativa, Hypnotika	N05BA02	N05BA02	N05BA02	N05BA02	N05BA02
Clobazam	Sedativa, Hypnotika	N05BA09	N05BA09	N05BA09	N05BA09	N05BA09
Diazepam	Sedativa, Hypnotika	N05BA01	N05BA01	N05BA01	N05BA01	N05BA01
Dikaliumclorazepat	Sedativa, Hypnotika	N05BA05	N05BA05	N05BA05	N05BA05	N05BA05
Diphenhydramin	Sedativa, Hypnotika	N05CM20	N05CM20	N05CM20	N05CM20	N05CM20
Diphenhydramin	Sedativa, Hypnotika	R06AA02	R06AA02	R06AA02	R06AA02	R06AA02
Diphenhydramin, Kombinationen	Sedativa, Hypnotika	N05CX07	N05CX07	N05CX07	N05CX07	N05CX07
Diphenhydramin, Kombinationen	Sedativa, Hypnotika	R06AA52	R06AA52	R06AA52	R06AA52	R06AA52
Doxylamin	Sedativa, Hypnotika	N05CM21	N05CM21	N05M27	N05M27	N05M27
Flunitrazepam	Sedativa, Hypnotika	N05CD03	N05CD03	N05CD03	N05CD03	N05CD03
Flurazepam	Sedativa, Hypnotika	N05CD01	N05CD01	N05CD01	N05CD01	N05CD01
Medazepam	Sedativa, Hypnotika	N05BA03	N05BA03	N05BA03	N05BA03	N05BA03

Nitrazepam	Sedativa, Hypnotika	N05CD02	N05CD02	N05CD02	N05CD02	N05CD02
Prazepam	Sedativa, Hypnotika	N05BA11	N05BA11	N05BA11	N05BA11	N05BA11
Temazepam	Sedativa, Hypnotika	N05CD07	N05CD07	N05CD07	N05CD07	N05CD07
Triazolam	Sedativa, Hypnotika	N05CD05	N05CD05	N05CD05	N05CD05	N05CD05
Prasugrel	Thrombozytenaggregationshemmer	B01AC22	B01AC22	B01AC22	B01AC22	B01AC22
Ticlopidin	Thrombozytenaggregationshemmer	B01AC05	B01AC05	B01AC05	B01AC05	B01AC05

ONCO PATH

Fragebogen-Barcode

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T0
Basiserhebung[VGI]

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Muster

Fragebogen-Barcode

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T0
Basiserhebung

Muster

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft <u>überhaupt nicht</u> zu**	**Trifft <u>eher nicht</u> zu**	**Trifft <u>teilweise</u> zu**	**Trifft <u>eher</u> zu**	**Trifft <u>vollständig</u> zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	**0**		
Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 3* Wann?_____
2	Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?	_____ _____
3	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 5* Wann? _____
4	Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?	_____ _____
5	Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 7* Wann? _____
6	Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?	_____ _____

Muster

Fragebogen-Barcode

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Fragebogen-Barcode

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Fragebogen-Barcode

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

Fragebogen-Barcode

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

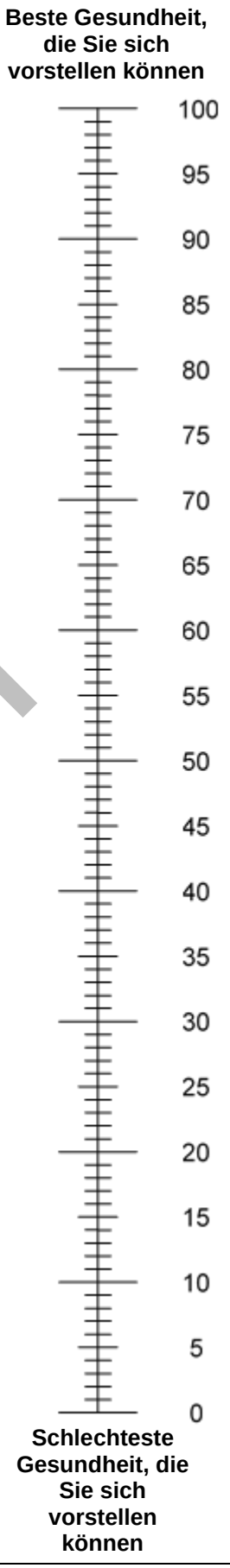
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐



Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Fragebogen-Barcode

Abschnitt D:

In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Gesundheit beeinflussen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23).)

Muster

Abschnitt E:

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung**.

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐

Fragebogen-Barcode

15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung ?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐
16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐
17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐

Muster

Fragebogen-Barcode

19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐

20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr zufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?	
		☐ Ja, ich habe großes Vertrauen
		☐ Ja, ich habe eher großes Vertrauen
		☐ Ich habe eher wenig Vertrauen
		☐ Nein ich habe kein Vertrauen
		☐ Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ein?	☐	☐	☐	☐

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u>?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualtiät aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Muster

Fragebogen-Barcode

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung**.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.	☐	☐	☐	☐
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Muster

Fragebogen-Barcode

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zur Koordination Ihrer onkologischen Versorgung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.15	Mein*e Onkolog*in hatte alle notwendigen Informationen wie etwa Testergebnisse, um Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen.	☐	☐	☐	☐
25.16	Mein*e Onkolog*in weiß nicht, wie viel emotionale Unterstützung ich brauche.	☐	☐	☐	☐
25.17	Nach Besuchen erkundigt sich ein*e Mitarbeit*in meiner onkologischen Einrichtung bei mir, ob ich Probleme oder Bedenken habe.	☐	☐	☐	☐
25.18	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in oder das Personal der Einrichtung mir all meine Fragen über meine Behandlung beantworten würde.	☐	☐	☐	☐
25.19	Mein*e Onkolog*in hat mir empfohlen, eine zweite Meinung einzuholen.	☐	☐	☐	☐
25.20	Ich glaube, dass mein* Onkolog*in mir ohne Weiteres eine Überweisung zu einem anderen Facharzt bzw. zu einer anderen Fachärztin ausstellen würde, falls dies nötig wäre.	☐	☐	☐	☐
25.21	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in meine Familien- oder Lebenssituation beim Planen meiner Behandlungen berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐
25.22	Wenn ich Schmerzen, Beschwerden oder andere Symptome hätte, würde mein*e Onkolog*in alles in seiner*ihrer Macht stehende tun, um diese zu lindern.	☐	☐	☐	☐
25.23	Wenn bei mir zu Hause ein schwerwiegendes Symptom auftritt, gehe ich als erstes in die Notaufnahme.	☐	☐	☐	☐
25.24	Ich habe das Gefühl, dass sich mein*e Onkolog*in genug Zeit für mich nimmt.	☐	☐	☐	☐
25.25	Ich habe Schwierigkeiten dabei, einen Termin zu der Uhrzeit und an dem Datum zu vereinbaren, die für mich passen.	☐	☐	☐	☐
25.26	Ich habe ein Familienmitglied, einen nahen Verwandten oder eine*n Freund*in, der*die mir bei der Koordination meiner Krebsbehandlung geholfen hat.	☐	☐	☐	☐
25.27	Ich hatte das Gefühl, dass meine Behandlung durch die Art meiner Versicherung beeinflusst wurde.	☐	☐	☐	☐
25.28	Mein*e Onkolog*in hat mir nahegelegt, die Teilnahme an einer klinischen Studie in Betracht zu ziehen.	☐	☐	☐	☐
25.29	Ich habe den Eindruck, dass meine Krebsbehandlung gut koordiniert wird.	☐	☐	☐	☐

(Koordination der Versorgung: Okado I, Cassel K, Pagano I, et al: Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients' perception of care coordination. BMC Health Serv Res. 20(1):52, 2020.)

Muster

Fragebogen-Barcode

Abschnitt G:

In diesem Abschnitt geht es um Ihre grundsätzliche Einstellung zur **Mitwirkung in Ihrem Behandlungsprozess**.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

26	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
26.01	Man sollte den Vorschlägen des Arztes bzw. der Ärztin ganz und gar folgen.	☐	☐	☐	☐
26.02	Als medizinischer Laie sollte ich dem Arzt Arztes bzw. der Ärztin die Entscheidungen überlassen.	☐	☐	☐	☐
26.03	Der Arzt bzw. die Ärztin als Expert*in sollte mir sagen, was ich zu tun habe.	☐	☐	☐	☐
26.04	Meine Gesundheit ist Sache des Arztes bzw. der Ärztin.	☐	☐	☐	☐
26.05	Ich gehe erst zum Arzt bzw. zur Ärztin, wenn ich mir selbst nicht mehr helfen kann.	☐	☐	☐	☐
26.06	Wenn ich krank bin, versuche ich mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐
26.07	Wenn ich krank bin, suche ich Rat bei Angehörigen und Freunden.	☐	☐	☐	☐
26.08	Manchmal weiß ich besser als der Arzt bzw. die Ärztin, was mir gut tut.	☐	☐	☐	☐
26.09	Ich will bei der Behandlung mitentscheiden können.	☐	☐	☐	☐
26.10	Mir ist wichtig, dass ich in die Behandlung einbezogen werde.	☐	☐	☐	☐
26.11	Ich möchte bei der Behandlung ein Mitspracherecht haben.	☐	☐	☐	☐
26.12	Ich frage den Arzt bzw. die Ärztin solange, bis mir alles klar ist.	☐	☐	☐	☐
26.13	Die Entscheidungen sollten von Arzt*Ärztin und Patient*in gleichermaßen getroffen werden.	☐	☐	☐	☐
26.14	Ich möchte dem Arzt bzw. der Ärztin meine Auffassung über die Ursachen meiner Beschwerden mitteilen.	☐	☐	☐	☐
26.15	Ich möchte genau wissen, was ich habe.	☐	☐	☐	☐
26.16	Ich möchte genau wissen, was der Arzt bzw. die Ärztin mit mir gemacht hat.	☐	☐	☐	☐
26.17	Die Ursachen meiner Beschwerden interessieren mich sehr.	☐	☐	☐	☐
26.18	Die Gründe für die gewählte Behandlungsmethode interessieren mich sehr.	☐	☐	☐	☐

(Partizipationsbedürfnis, Aufklärungsbedürfnis, Paternalismuspräferenz, Selbsthilfepräferenz: Pfaff, H.; Freise, D.C.; Mager, G.; Schrappe, M. (Hrsg.) (2003). Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Sankt Augustin: Asgard.)

Muster

Fragebogen-Barcode

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 30*	☐ Weiß nicht	
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____	_____	_____	_____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein		
30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 33*	☐ Weiß nicht	
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____	_____	_____	_____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein		

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

Fragebogen-Barcode

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollständig zu
33.06	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.07	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.08	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Abschnitt I:

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

34	Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?	☐ Ledig (nie verheiratet) ☐ Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft ☐ Getrennt lebend ☐ Geschieden ☐ Verwitwet ☐ Keine Angabe
35	Haben Sie Kinder?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 36* Anzahl Söhne_____ Anzahl Töchter_____
36	Fühlen Sie sich von Ihrer Familie/Ihrem sozialen Umfeld unterstützt?	☐ Gar nicht ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Meistens ☐ Jederzeit

Muster

Fragebogen-Barcode

37	Wurde bei einem Ihrer Eltern, Geschwister oder Kinder eine Krebserkrankung festgestellt?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 38* Familienangehörige*r: _____ Art der Krebserkrankung: _____

38	Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐ kein Schulabschluss ☐ Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ abgeschlossenes Studium
39	Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐ Keine abgeschlossene Berufsausbildung ☐ Lehre/Ausbildung ☐ Meister/Fachschule ☐ Fachhochschule ☐ Universität ☐ Noch in Ausbildung/Studium ☐ Anderer: _____
40	Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ In Elternzeit ☐ Arbeitslos/arbeitssuchend ☐ Hausfrau*mann/nicht berufstätig ☐ Krank geschrieben/arbeitsunfähig ☐ In Rente/Ruhestand ☐ Anderer: _____

41	Wie lange werden Sie bereits in dieser onkologischen Einrichtung behandelt?	☐ Ich war zum ersten Mal in dieser Einrichtung. ☐ Weniger als 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre ☐ 3 bis 5 Jahre ☐ Mehr als 5 Jahre

Muster

Fragebogen-Barcode

Abschnitt J:

Abschließend haben wir noch Fragen zu Ihrem persönlichen **Informationsverhalten**.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

42	Welche der folgenden Medien nutzen Sie gewöhnlich, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren? (Mehrfachnennung möglich)	☐	Fernsehen
		☐	Zeitung
		☐	Zeitschriften
		☐	Internet
		☐	Andere _____

43	Wie oft nutzen Sie das Internet?	Niemals	Mehrere Male im Monat	Mehrere Male in der Woche	Täglich
		☐	☐	☐	☐

44	Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „Komplementär- und Alternativmedizin“ gesucht? (z.B. Vitamine und Pflanzenstoffe)	☐	Ja
		☐	Nein
45	Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „palliative Begleitung“ gesucht?	☐	Ja
		☐	Nein

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

Fragebogen-Barcode

15268587

Fragebogen-Nummer:

1-1-10-0001

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T1 *VGI*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Muster

15268587

ONCO PATH

Fragebogen-Nummer:

1-1-10-0001

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T1

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

15268587

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

15268587

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

☐☐.☐☐.2 0☐☐
Tag Monat Jahr

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den Notdienst kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? (Anzahl) _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? (Monat, Jahr)

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? (Anzahl) _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? (Monat, Jahr)

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? (Anzahl) _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? (Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr)

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie Unterstützung bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt. Bitte kreuzen Sie je Zeile eine Antwortmöglichkeit an.

7 Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

15268587

7 Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

15268587

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

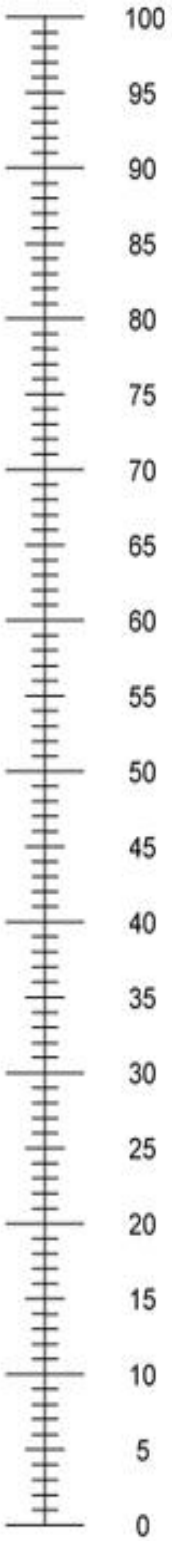
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen**.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein-> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein
30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein-> *weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

Abschnitt K:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Erfahrungen mit dem **Angebot von Krebsberatungsstellen.**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

46	Ist Ihnen eine Krebsberatungsstelle bekannt, die Sie bei Beratungsbedarf aufsuchen können?	☐ Ja ☐ Nein

Folgende Fragen sind nur relevant, wenn Frage 46 mit Ja beantwortet wurde.

47	Haben Sie in der Vergangenheit Angebote einer Krebsberatungsstelle in Anspruch genommen?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 50*
48	Waren Sie mit dem Angebot der Krebsberatungsstelle zufrieden?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht
49	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind in der Beratung besprechen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht

Muster

Folgende Frage ist nur relevant, wenn Frage 49 mit Nein beantwortet wurde.

50 Welche Themen konnten Sie in der Beratung nicht besprechen?

_____

_____

_____

_____

Folgende Frage ist nur relevant, wenn Frage 47 mit Nein beantwortet wurde.

51 Warum haben Sie bisher kein Angebot von Krebsberatungsstellen in Anspruch genommen?
(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Mir ist keine Krebsberatungsstelle in meiner Nähe bekannt.
- ☐ Ich benötige keine Beratung.
- ☐ Ich habe nicht das Gefühl, dass mir die Beratung etwas bringen würde.
- ☐ Die nächste Krebsberatungsstelle ist zu weit von meinem Wohnort entfernt oder für mich schwer zu erreichen.
- ☐ Es ist schwer eine*n Ansprechpartner*in in der Beratungsstelle zu erreichen oder einen Termin zu vereinbaren.
- ☐ Die Wartezeit für einen Beratungstermin ist mir zu lang.
- ☐ Die Öffnungszeiten der Beratungsstelle lassen sich nicht gut mit meinem Alltag vereinbaren.
- ☐ Sonstiger Grund:

_____

_____

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

1-1-10-0001

Muster

Fragebogen-Nummer

1-1-20-0001

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T2*VGI*

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Muster

Fragebogen-Nummer

1-1-20-0001

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T2

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft <u>überhaupt nicht</u> zu**	**Trifft <u>eher nicht</u> zu**	**Trifft <u>teilweise</u> zu**	**Trifft <u>eher</u> zu**	**Trifft <u>vollständig</u> zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	**0**		
Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 3* Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____ Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr] _____ _____
2	Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?	_____ _____
3	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 5* Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____ Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr] _____ _____
4	Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?	_____ _____
5	Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 7* Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] ____ Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr] _____ _____
6	Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?	_____ _____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

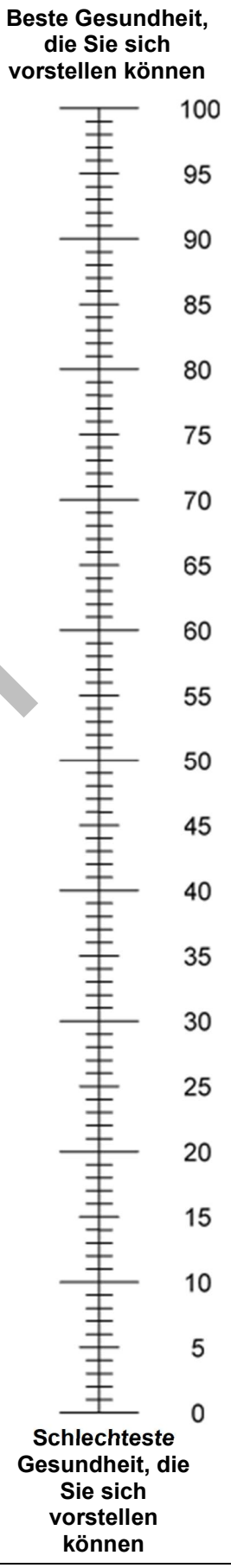
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐



Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt D:

In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Gesundheit beeinflussen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23).)

Abschnitt E:

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung**.

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐

Muster

15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐
16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐
17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐

Muster

19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐

20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr zufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?	
		☐ Ja, ich habe großes Vertrauen
		☐ Ja, ich habe eher großes Vertrauen
		☐ Ich habe eher wenig Vertrauen
		☐ Nein ich habe kein Vertrauen
		☐ Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ein?	☐	☐	☐	☐

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u>?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualtiät aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Muster

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung**.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.	☐	☐	☐	☐
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zur Koordination Ihrer onkologischen Versorgung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.15	Mein*e Onkolog*in hatte alle notwendigen Informationen wie etwa Testergebnisse, um Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen.	☐	☐	☐	☐
25.16	Mein*e Onkolog*in weiß nicht, wie viel emotionale Unterstützung ich brauche.	☐	☐	☐	☐
25.17	Nach Besuchen erkundigt sich ein*e Mitarbeit*in meiner onkologischen Einrichtung bei mir, ob ich Probleme oder Bedenken habe.	☐	☐	☐	☐
25.18	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in oder das Personal der Einrichtung mir all meine Fragen über meine Behandlung beantworten würde.	☐	☐	☐	☐
25.19	Mein*e Onkolog*in hat mir empfohlen, eine zweite Meinung einzuholen.	☐	☐	☐	☐
25.20	Ich glaube, dass mein* Onkolog*in mir ohne Weiteres eine Überweisung zu einem anderen Facharzt bzw. zu einer anderen Fachärztin ausstellen würde, falls dies nötig wäre.	☐	☐	☐	☐
25.21	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in meine Familien- oder Lebenssituation beim Planen meiner Behandlungen berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐
25.22	Wenn ich Schmerzen, Beschwerden oder andere Symptome hätte, würde mein*e Onkolog*in alles in seiner*ihrer Macht stehende tun, um diese zu lindern.	☐	☐	☐	☐
25.23	Wenn bei mir zu Hause ein schwerwiegendes Symptom auftritt, gehe ich als erstes in die Notaufnahme.	☐	☐	☐	☐
25.24	Ich habe das Gefühl, dass sich mein*e Onkolog*in genug Zeit für mich nimmt.	☐	☐	☐	☐
25.25	Ich habe Schwierigkeiten dabei, einen Termin zu der Uhrzeit und an dem Datum zu vereinbaren, die für mich passen.	☐	☐	☐	☐
25.26	Ich habe ein Familienmitglied, einen nahen Verwandten oder eine*n Freund*in, der*die mir bei der Koordination meiner Krebsbehandlung geholfen hat.	☐	☐	☐	☐
25.27	Ich hatte das Gefühl, dass meine Behandlung durch die Art meiner Versicherung beeinflusst wurde.	☐	☐	☐	☐
25.28	Mein*e Onkolog*in hat mir nahegelegt, die Teilnahme an einer klinischen Studie in Betracht zu ziehen.	☐	☐	☐	☐
25.29	Ich habe den Eindruck, dass meine Krebsbehandlung gut koordiniert wird.	☐	☐	☐	☐

(Koordination der Versorgung: Okado I, Cassel K, Pagano I, et al: Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients' perception of care coordination. BMC Health Serv Res. 20(1):52, 2020.)

Muster

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐	Ja	☐	Nein → *weiter mit Frage 30*		
		☐	Weiß nicht				
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____					
		_____					
		_____					
		_____					
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐	Ja				
		☐	Nein				
30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐	Ja	☐	Nein → *weiter mit Frage 33*		
		☐	Weiß nicht				
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____					
		_____					
		_____					
		_____					
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐	Ja				
		☐	Nein				

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollständig zu
33.06	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.07	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.08	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer

1-1-20-0001

Fragebogen-Nummer

1-1-30-0001

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T3*VGI*

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Fragebogen-Nummer

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T3

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft <u>überhaupt nicht</u> zu**	**Trifft <u>eher nicht</u> zu**	**Trifft <u>teilweise</u> zu**	**Trifft <u>eher</u> zu**	**Trifft <u>vollständig</u> zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	**0**		
Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 3* Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____ Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr] _____ _____
2	Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?	_____ _____
3	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 5* Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____ Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr] _____ _____
4	Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?	_____ _____
5	Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 7* Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] ____ Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr] _____ _____
6	Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?	_____ _____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

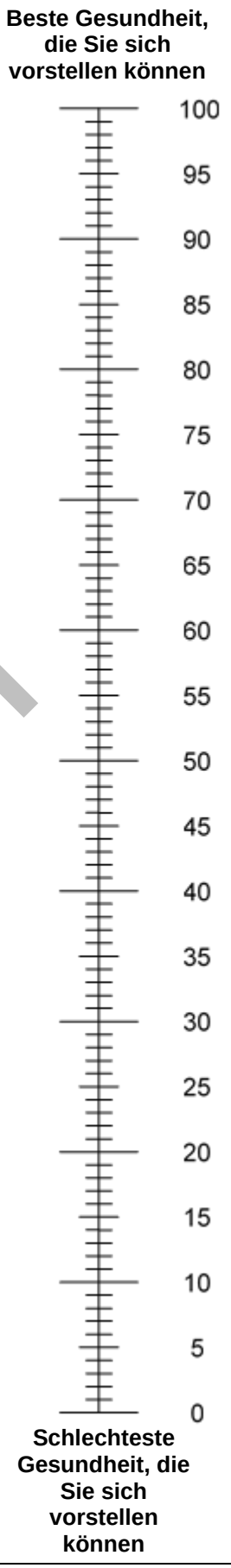
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐



Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 30*	☐ Weiß nicht		
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____	_____	_____	_____	
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein			
30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 33*	☐ Weiß nicht		
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____	_____	_____	_____	
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein			

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.06	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.07	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.08	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer

1-1-30-0001

Fragebogen-Nummer

1-1-40-0001

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T4*VGI*

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Muster

Fragebogen-Nummer

1-1-40-0001

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T4

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft <u>überhaupt nicht</u> zu**	**Trifft <u>eher nicht</u> zu**	**Trifft <u>teilweise</u> zu**	**Trifft <u>eher</u> zu**	**Trifft <u>vollständig</u> zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	**0**		
Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 3* Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____ Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr] _____ _____
2	Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?	_____ _____
3	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 5* Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____ Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr] _____ _____
4	Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?	_____ _____
5	Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 7* Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] ____ Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr] _____ _____
6	Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?	_____ _____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

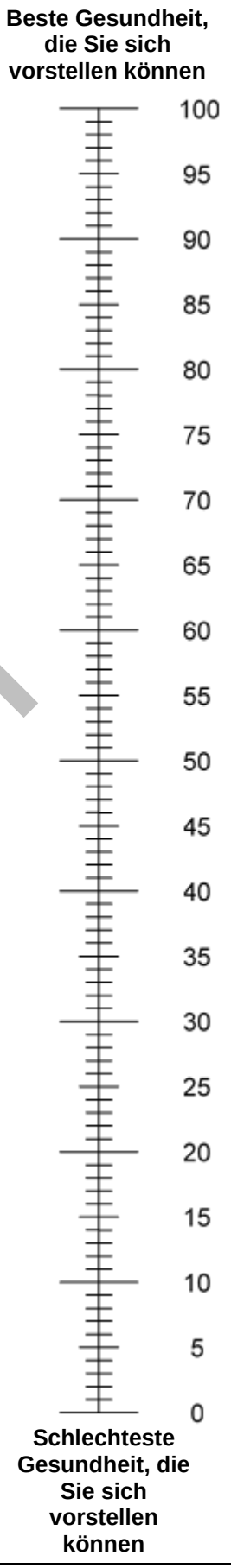
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐



Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt D:
In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Gesundheit beeinflussen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23).)

Muster

Abschnitt E:

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung**.

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐
16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐

Muster

17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐
19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐

20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr zufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?	☐	Ja, ich habe großes Vertrauen
		☐	Ja, ich habe eher großes Vertrauen
		☐	Ich habe eher wenig Vertrauen
		☐	Nein ich habe kein Vertrauen
		☐	Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ein?	☐	☐	☐	☐

Muster

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualtiät aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung**.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder	☐	☐	☐	☐

Muster

	Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.				
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 30*	☐ Weiß nicht	
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____	_____	_____	_____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein		
30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 33*	☐ Weiß nicht	
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____	_____	_____	_____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein		

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollständig zu
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.07	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.08	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer

1-1-40-0001

Muster

Fragebogen-Nummer

1-1-50-0001

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T5*VGI*

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Bitte hier Anschreiben und eine Leerseite einfügen

Muster

Fragebogen-Nummer

1-1-50-0001

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T5

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft <u>überhaupt nicht</u> zu**	**Trifft <u>eher nicht</u> zu**	**Trifft <u>teilweise</u> zu**	**Trifft <u>eher</u> zu**	**Trifft <u>vollständig</u> zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	**0**		
Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 3* Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____ Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr] _____ _____
2	Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?	_____ _____
3	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 5* Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____ Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr] _____ _____
4	Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?	_____ _____
5	Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 7* Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] ____ Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr] _____ _____
6	Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?	_____ _____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

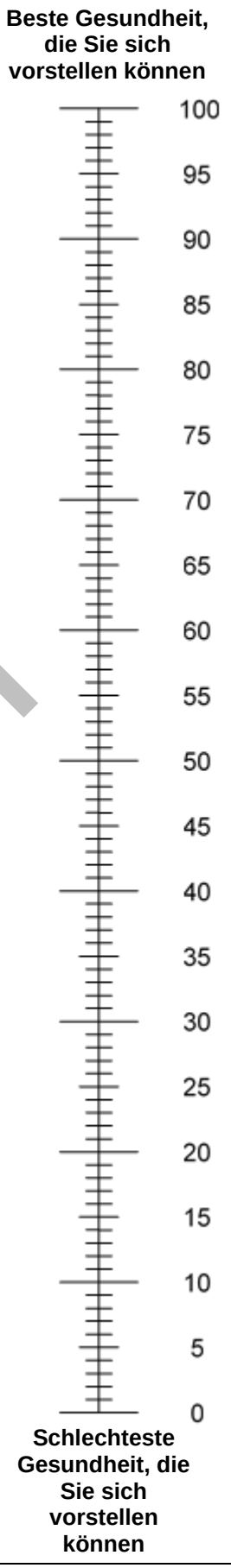
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐



Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht → *weiter mit Frage 30*	
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____	
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein	
30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht → *weiter mit Frage 33*	
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____	
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein	

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.06	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.07	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.08	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer

1-1-50-0001

Fragebogen-Nummer

1-1-60-0001

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T6^{VGI}

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Fragebogen-Nummer

1-1-60-0001

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T6

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft <u>überhaupt nicht</u> zu**	**Trifft <u>eher nicht</u> zu**	**Trifft <u>teilweise</u> zu**	**Trifft <u>eher</u> zu**	**Trifft <u>vollständig</u> zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	**0**		
Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 3* Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____ Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr] _____ _____
2	Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?	_____ _____
3	Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 5* Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____ Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr] _____ _____
4	Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?	_____ _____
5	Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?	☐ Ja ☐ Nein → *weiter mit Frage 7* Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] ____ Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr] _____ _____
6	Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?	_____ _____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

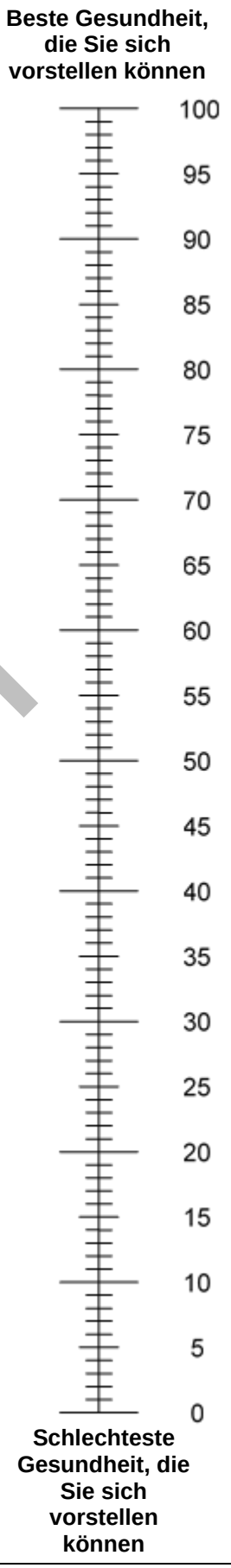
Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐



Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt D:
In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Gesundheit beeinflussen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23).)

Muster

Abschnitt E:

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung**.

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐
16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐

Muster

17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐
19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐

20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr zufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?	☐	Ja, ich habe großes Vertrauen
		☐	Ja, ich habe eher großes Vertrauen
		☐	Ich habe eher wenig Vertrauen
		☐	Nein ich habe kein Vertrauen
		☐	Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ein?	☐	☐	☐	☐

Muster

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualtiät aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung**.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder	☐	☐	☐	☐

Muster

	Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.				
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 30*	☐ Weiß nicht	
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____	_____	_____	_____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein		
30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja	☐ Nein → *weiter mit Frage 33*	☐ Weiß nicht	
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____	_____	_____	_____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja	☐ Nein		

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme eher zu**	**stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollständig zu
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.07	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.08	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer

1-1-60-0001

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T0

Basiserhebung für Angehörige

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

Tag | Monat | Jahr

Abschnitt A:

Bitte geben Sie für jede Aussage auf den folgenden Seiten an, ob Sie durch die Pflege oder das Zusammenleben mit einem Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin einen Unterstützungsbedarf während des vergangenen Monats hatten. Achten Sie darauf, dass Sie die Frage hinsichtlich **Ihrer eigenen Erfahrungen als pflegende Person oder angehörige Person eines Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin** ausfüllen – nicht hinsichtlich dessen, was die Person mit der Krebserkrankung möglicherweise erlebt.

Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, ob Sie diesbezüglich ein Unterstützungsbedürfnis **im vergangenen Monat** hatten. Wenn Sie denken, dass diese Frage nicht für Ihre Situation zutrifft, dann kreuzen Sie bitte 1 („Habe hier kein Problem“) an.

Kein Bedürfnis nach Unterstützung	1	Habe hier kein Problem– Dies war für mich bei der Unterstützung des Krebspatienten kein Problem.
	2	Werde bereits unterstützt– Dabei habe ich Unterstützung benötigt, aber mein Unterstützungsbedarf war zu dieser Zeit erfüllt.
Bedürfnis nach Unterstützung	3	Gering – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte geringen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	4	Mittel – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte mittleren Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	5	Hoch – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte hohen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.

Muster

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Erhalt von Informationen zu Ihren Bedürfnissen als Angehörige*r/Pflegende*r	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.02	Erhalt von Informationen über die Prognose der krebserkrankten Person	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.03	Erhalt von Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige/ Pflegende von Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.04	Erhalt von Information zu alternativen Therapiemöglichkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.05	Erhalt von Information über körperliche Bedürftigkeiten des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.06	Erhalt von Information über Nutzen und Nebenwirkungen der Behandlungen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.07	Erhalt der bestmöglichen medizinischen Versorgung für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.08	Zugang zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.09	Einbindung in die Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.10	Möglichkeiten zum Besprechen von Sorgen mit dem Arzt bzw. der Ärztin	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.11	Vertrauen, dass die Ärzt*innen sich gegenseitig ausreichend absprechen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.12	Sicher sein zu können, dass alle Dienstleistungen ausreichend koordiniert werden	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.13	Eingehen auf Beschwerden bzgl. der Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.14	Die Verminderung der Belastung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.15	Die Beachtung meiner eigenen Gesundheit einschließlich Essen und Schlaf	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.16	Angemessene Behandlung der Schmerzen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.17	Ängste bzgl. der Verschlechterung des Zustandes des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.18	Erhalt von Information über Zeugungsfähigkeit/Fruchtbarkeit des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.19	Praktische Versorgungsaufgaben wie Baden, Wechsel von Verbänden oder Verabreichen von Medikamenten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.20	Parkmöglichkeiten am Krankenhaus	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.21	Anpassung an die Veränderungen im Leben/Berufsleben des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.22	Den Einfluss der Pflege des Krebskranken auf mein eigenes Leben/Berufsleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.23	Finanzielle/staatliche Unterstützungsmöglichkeiten für mich und/oder den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.24	Abschluss von Lebens- und/oder Reiseversicherungen für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.25	Zugang zu Rechtsberatung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.26	Kommunikation mit der Person, die ich pflege	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.27	Kommunikation mit der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.28	Mehr Unterstützung seitens der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.29	Austausch mit anderen Menschen, die Krebskranke versorgt haben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.30	Sprechen über die Krebsthematik im Privatleben oder bei der Arbeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.31	Die Bewältigung von Sorgen über ein Wiederauftreten der Erkrankung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.32	Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehung zum Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.33	Das Verstehen der Erfahrungen, die der Krebskranke macht	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.34	Den Ausgleich zwischen meinen Bedürfnissen und denen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.35	Mein Einstellen auf Veränderungen am Körper des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.36	Ansprechen der Probleme in meinem Sexualleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.37	Emotionale Unterstützung für mich selbst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.38	Emotionale Unterstützung für mir Nahestehende/meine Angehörigen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.39	Gefühle in Verbindung mit dem Gedanken an den Tod und an das Sterben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.40	Ausbleibende Anerkennung für meine Belastungen durch die Pflege eines Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.41	Genesung des Krebskranken nicht in erwarteter Weise	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.42	Das Treffen von Entscheidungen für mein Leben im Zustand der Ungewissheit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.43	Meine eigene Spiritualität/Glauben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.44	Das Finden von Sinn in der Erkrankung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.45	Möglichkeiten, an der Behandlungsentscheidung des Krebskranken beteiligt zu sein	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

(Unterstützungsbedarf: Deutsche Version des Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS P&C-G) Hartman & Sklenarova 2014.)

Muster

Abschnitt B:

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

8	In welcher Beziehung stehen Sie mit dem bzw. der Krebspatient*in?	☐	Verheiratet oder Lebenspartner*in *→ weiter mit Frage 10*
		☐	Verwandt
		☐	Befreundet
		☐	Sonstiges_____
9	Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?	☐	Ledig (nie verheiratet)
		☐	Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft
		☐	Getrennt lebend
		☐	Geschieden
		☐	Verwitwet
		☐	Keine Angabe
10	Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐	kein Schulabschluss
		☐	Sonder-/Förderschule
		☐	Hauptschule
		☐	Realschule
		☐	Gymnasium/Vergleichbares
		☐	abgeschlossenes Studium
11	Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐	Keine abgeschlossene Berufsausbildung
		☐	Lehre/Ausbildung
		☐	Meister/Fachschule
		☐	Fachhochschule
		☐	Universität
		☐	Noch in Ausbildung/Studium
		☐	Andere _____
12	Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?	☐	Vollzeit
		☐	Teilzeit
		☐	In Elternzeit
		☐	Arbeitslos/arbeitssuchend
		☐	Hausfrau*mann/nicht berufstätig
		☐	Krank geschrieben/arbeitsunfähig
		☐	In Rente/Ruhestand
		☐	Anderes, und zwar _____

Muster

13	Wie lange sind Sie bereits in die onkologische Versorgung des Krebspatienten bzw. der Krebspatientin eingebunden?	☐	Bisher noch gar nicht
		☐	Weniger als 1 Jahr
		☐	1 bis 2 Jahre
		☐	3 bis 5 Jahre
		☐	Mehr als 5 Jahre
		☐	Seit der Erstdiagnose

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T1

Basiserhebung für Angehörige

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie den Unterstützungsbedarf betreffen, der durch die Pflege oder das Zusammenleben mit dem Krebspatienten bzw. der Krebspatientin entstanden ist. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft überhaupt nicht zu**	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft teilweise zu**	**Trifft eher zu**	**Trifft vollständig zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 1-7-10-_ _ _ _ Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Bitte geben Sie für jede Aussage auf den folgenden Seiten an, ob Sie durch die Pflege oder das Zusammenleben mit einem Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin einen Unterstützungsbedarf während des vergangenen Monats hatten. Achten Sie darauf, dass Sie die Frage hinsichtlich **Ihrer eigenen Erfahrungen als pflegende Person oder angehörige Person eines Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin** ausfüllen – nicht hinsichtlich dessen, was die Person mit der Krebserkrankung möglicherweise erlebt.

Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, ob Sie diesbezüglich ein Unterstützungsbedürfnis **im vergangenen Monat** hatten. Wenn Sie denken, dass diese Frage nicht für Ihre Situation zutrifft, dann kreuzen Sie bitte 1 („Habe hier kein Problem“) an.

Kein Bedürfnis nach Unterstützung	1	Habe hier kein Problem– Dies war für mich bei der Unterstützung des Krebspatienten kein Problem.
	2	Werde bereits unterstützt– Dabei habe ich Unterstützung benötigt, aber mein Unterstützungsbedarf war zu dieser Zeit erfüllt.
Bedürfnis nach Unterstützung	3	Gering – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte geringen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	4	Mittel – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte mittleren Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	5	Hoch – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte hohen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.

Muster

7	**Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.01	Erhalt von Informationen zu Ihren Bedürfnissen als Angehörige*r/Pflegende*r	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.02	Erhalt von Informationen über die Prognose der krebserkrankten Person	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.03	Erhalt von Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige/ Pflegende von Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.04	Erhalt von Information zu alternativen Therapiemöglichkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Fragebogennummer: 1-7-10-_ _ _ _

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.05	Erhalt von Information über körperliche Bedürftigkeiten des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.06	Erhalt von Information über Nutzen und Nebenwirkungen der Behandlungen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.07	Erhalt der bestmöglichen medizinischen Versorgung für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.08	Zugang zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.09	Einbindung in die Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.10	Möglichkeiten zum Besprechen von Sorgen mit dem Arzt bzw. der Ärztin	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.11	Vertrauen, dass die Ärzt*innen sich gegenseitig ausreichend absprechen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.12	Sicher sein zu können, dass alle Dienstleistungen ausreichend koordiniert werden	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.13	Eingehen auf Beschwerden bzgl. der Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.14	Die Verminderung der Belastung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.15	Die Beachtung meiner eigenen Gesundheit einschließlich Essen und Schlaf	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.16	Angemessene Behandlung der Schmerzen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.17	Ängste bzgl. der Verschlechterung des Zustandes des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.18	Erhalt von Information über Zeugungsfähigkeit/Fruchtbarkeit des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.19	Praktische Versorgungsaufgaben wie Baden, Wechsel von Verbänden oder Verabreichen von Medikamenten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.20	Parkmöglichkeiten am Krankenhaus	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.21	Anpassung an die Veränderungen im Leben/Berufsleben des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.22	Den Einfluss der Pflege des Krebskranken auf mein eigenes Leben/Berufsleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.23	Finanzielle/staatliche Unterstützungsmöglichkeiten für mich und/oder den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.24	Abschluss von Lebens- und/oder Reiseversicherungen für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.25	Zugang zu Rechtsberatung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.26	Kommunikation mit der Person, die ich pflege	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.27	Kommunikation mit der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.28	Mehr Unterstützung seitens der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.29	Austausch mit anderen Menschen, die Krebskranke versorgt haben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.30	Sprechen über die Krebsthematik im Privatleben oder bei der Arbeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.31	Die Bewältigung von Sorgen über ein Wiederauftreten der Erkrankung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.32	Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehung zum Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.33	Das Verstehen der Erfahrungen, die der Krebskranke macht	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.34	Den Ausgleich zwischen meinen Bedürfnissen und denen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.35	Mein Einstellen auf Veränderungen am Körper des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.36	Ansprechen der Probleme in meinem Sexualleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.37	Emotionale Unterstützung für mich selbst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.38	Emotionale Unterstützung für mir Nahestehende/meine Angehörigen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.39	Gefühle in Verbindung mit dem Gedanken an den Tod und an das Sterben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.40	Ausbleibende Anerkennung für meine Belastungen durch die Pflege eines Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.41	Genesung des Krebskranken nicht in erwarteter Weise	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.42	Das Treffen von Entscheidungen für mein Leben im Zustand der Ungewissheit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.43	Meine eigene Spiritualität/Glauben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.44	Das Finden von Sinn in der Erkrankung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.45	Möglichkeiten, an der Behandlungsentscheidung des Krebskranken beteiligt zu sein	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

(Unterstützungsbedarf: Deutsche Version des Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS P&C-G) Hartman & Sklenarova 2014.)

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T2

Basiserhebung für Angehörige

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie den Unterstützungsbedarf betreffen, der durch die Pflege oder das Zusammenleben mit dem Krebspatienten bzw. der Krebspatientin entstanden ist. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft überhaupt nicht zu**	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft teilweise zu**	**Trifft eher zu**	**Trifft vollständig zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 1-7-20-_ _ _ _ Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Bitte geben Sie für jede Aussage auf den folgenden Seiten an, ob Sie durch die Pflege oder das Zusammenleben mit einem Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin einen Unterstützungsbedarf während des vergangenen Monats hatten. Achten Sie darauf, dass Sie die Frage hinsichtlich **Ihrer eigenen Erfahrungen als pflegende Person oder angehörige Person eines Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin** ausfüllen – nicht hinsichtlich dessen, was die Person mit der Krebserkrankung möglicherweise erlebt.

Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, ob Sie diesbezüglich ein Unterstützungsbedürfnis **im vergangenen Monat** hatten. Wenn Sie denken, dass diese Frage nicht für Ihre Situation zutrifft, dann kreuzen Sie bitte 1 („Habe hier kein Problem“) an.

Kein Bedürfnis nach Unterstützung	1	Habe hier kein Problem– Dies war für mich bei der Unterstützung des Krebspatienten kein Problem.
	2	Werde bereits unterstützt– Dabei habe ich Unterstützung benötigt, aber mein Unterstützungsbedarf war zu dieser Zeit erfüllt.
Bedürfnis nach Unterstützung	3	Gering – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte geringen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	4	Mittel – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte mittleren Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	5	Hoch – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte hohen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.

Muster

7	**Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.01	Erhalt von Informationen zu Ihren Bedürfnissen als Angehörige*r/Pflegende*r	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.02	Erhalt von Informationen über die Prognose der krebserkrankten Person	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.03	Erhalt von Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige/ Pflegende von Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.04	Erhalt von Information zu alternativen Therapiemöglichkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Fragebogennummer: 1-7-20-_ _ _ _

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.05	Erhalt von Information über körperliche Bedürftigkeiten des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.06	Erhalt von Information über Nutzen und Nebenwirkungen der Behandlungen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.07	Erhalt der bestmöglichen medizinischen Versorgung für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.08	Zugang zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.09	Einbindung in die Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.10	Möglichkeiten zum Besprechen von Sorgen mit dem Arzt bzw. der Ärztin	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.11	Vertrauen, dass die Ärzt*innen sich gegenseitig ausreichend absprechen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.12	Sicher sein zu können, dass alle Dienstleistungen ausreichend koordiniert werden	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.13	Eingehen auf Beschwerden bzgl. der Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.14	Die Verminderung der Belastung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.15	Die Beachtung meiner eigenen Gesundheit einschließlich Essen und Schlaf	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.16	Angemessene Behandlung der Schmerzen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.17	Ängste bzgl. der Verschlechterung des Zustandes des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.18	Erhalt von Information über Zeugungsfähigkeit/Fruchtbarkeit des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.19	Praktische Versorgungsaufgaben wie Baden, Wechsel von Verbänden oder Verabreichen von Medikamenten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.20	Parkmöglichkeiten am Krankenhaus	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.21	Anpassung an die Veränderungen im Leben/Berufsleben des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.22	Den Einfluss der Pflege des Krebskranken auf mein eigenes Leben/Berufsleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.23	Finanzielle/staatliche Unterstützungsmöglichkeiten für mich und/oder den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.24	Abschluss von Lebens- und/oder Reiseversicherungen für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.25	Zugang zu Rechtsberatung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.26	Kommunikation mit der Person, die ich pflege	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.27	Kommunikation mit der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.28	Mehr Unterstützung seitens der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.29	Austausch mit anderen Menschen, die Krebskranke versorgt haben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.30	Sprechen über die Krebsthematik im Privatleben oder bei der Arbeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.31	Die Bewältigung von Sorgen über ein Wiederauftreten der Erkrankung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.32	Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehung zum Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.33	Das Verstehen der Erfahrungen, die der Krebskranke macht	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.34	Den Ausgleich zwischen meinen Bedürfnissen und denen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.35	Mein Einstellen auf Veränderungen am Körper des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.36	Ansprechen der Probleme in meinem Sexualleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.37	Emotionale Unterstützung für mich selbst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.38	Emotionale Unterstützung für mir Nahestehende/meine Angehörigen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.39	Gefühle in Verbindung mit dem Gedanken an den Tod und an das Sterben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.40	Ausbleibende Anerkennung für meine Belastungen durch die Pflege eines Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.41	Genesung des Krebskranken nicht in erwarteter Weise	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.42	Das Treffen von Entscheidungen für mein Leben im Zustand der Ungewissheit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.43	Meine eigene Spiritualität/Glauben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.44	Das Finden von Sinn in der Erkrankung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.45	Möglichkeiten, an der Behandlungsentscheidung des Krebskranken beteiligt zu sein	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

(Unterstützungsbedarf: Deutsche Version des Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS P&C-G) Hartman & Sklenarova 2014.)

8 **Was haben Sie in der onkologischen Betreuung Ihrer bzw. Ihres Angehörigen bisher vermisst?**

_____

_____

_____

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

2342422100

Fragebogen-Nummer:

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T0
Basiserhebung

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

8080422105

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

		.			.	2	0		
Tag			Monat			Jahr		

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr]

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr]

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr]

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie <u>während des letzten Monats</u> Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7 Während des <u>letzten Monats:</u> Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
	Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01 Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02 Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03 Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04 Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05 Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06 Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07 Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08 Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09 Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10 Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11 Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12 Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13 Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14 Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15 Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16 Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17 Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18 Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19 Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20 Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7 Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

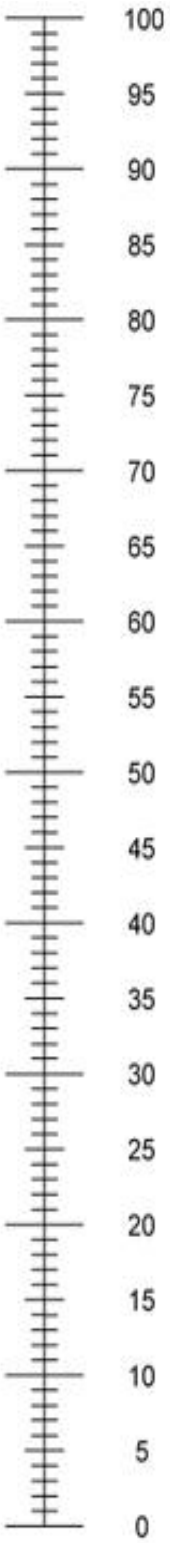
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt D:
In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Ihren Gesundheitszustand beeinflussen und verstehen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen. **Bitte denken Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen an alle Mitarbeiter*innen, mit denen Sie während der ambulanten Versorgung in Ihrer onkologischen Einrichtung Kontakt hatten.**	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.16	Mir wurde vermittelt, dass es für mich wichtig ist, die Informationen zu meiner Erkrankung und Behandlung zu verstehen.	☐	☐	☐	☐
14.17	Ich wurde danach gefragt, ob ich Informationen oder Unterlagen verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.18	Mündliche Informationen zu meiner Erkrankung oder Behandlung wurden mir zusätzlich auch schriftlich gegeben.	☐	☐	☐	☐

Muster

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.19	Fachbegriffe und Abkürzungen wurden mir in den Gesprächen erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.20	In den Gesprächen wurde deutlich und langsam genug gesprochen.	☐	☐	☐	☐
14.21	Ich wurde dazu ermuntert, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.22	Schriftliche Informationen wurden mir zusätzlich mündlich erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.23	Bei Einverständniserklärungen wurde darauf Wert gelegt, dass ich wirklich alles verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.24	Mir wurden meine Untersuchungsergebnisse verständlich erklärt.	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23). und Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Nicole Ernstmann N, Halbach S, Kowalski Ch, Pfaff H, Ansmann L: Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation (HL-COM). Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ).2017; 121, 58–63.))

Abschnitt E:
Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung.**

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐

Muster

16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐
17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐
19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐
20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

Muster

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?
	☐ Ja, ich habe großes Vertrauen
	☐ Ja, ich habe eher großes Vertrauen
	☐ Ich habe eher wenig Vertrauen
	☐ Nein ich habe kein Vertrauen
	☐ Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen ein?	☐	☐	☐	☐

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Muster

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.	☐	☐	☐	☐
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.15	Mein*e Onkolog*in hatte alle notwendigen Informationen wie etwa Testergebnisse, um Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen.	☐	☐	☐	☐
25.16	Mein*e Onkolog*in weiß nicht, wie viel emotionale Unterstützung ich brauche.	☐	☐	☐	☐
25.17	Nach Besuchen erkundigt sich ein*e Mitarbeit*in meiner onkologischen Einrichtung bei mir, ob ich Probleme oder Bedenken habe.	☐	☐	☐	☐
25.18	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in oder das Personal der Einrichtung mir all meine Fragen über meine Behandlung beantworten würde.	☐	☐	☐	☐
25.19	Mein*e Onkolog*in hat mir empfohlen, eine zweite Meinung einzuholen.	☐	☐	☐	☐
25.20	Ich glaube, dass mein* Onkolog*in mir ohne Weiteres eine Überweisung zu einem anderen Facharzt bzw. zu einer anderen Fachärztin ausstellen würde, falls dies nötig wäre.	☐	☐	☐	☐
25.21	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in meine Familien- oder Lebenssituation beim Planen meiner Behandlungen berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐
25.22	Wenn ich Schmerzen, Beschwerden oder andere Symptome hätte, würde mein*e Onkolog*in alles in seiner*ihrer Macht stehende tun, um diese zu lindern.	☐	☐	☐	☐
25.23	Wenn bei mir zu Hause ein schwerwiegendes Symptom auftritt, gehe ich als erstes in die Notaufnahme.	☐	☐	☐	☐
25.24	Ich habe das Gefühl, dass sich mein*e Onkolog*in genug Zeit für mich nimmt.	☐	☐	☐	☐
25.25	Ich habe Schwierigkeiten dabei, einen Termin zu der Uhrzeit und an dem Datum zu vereinbaren, die für mich passen.	☐	☐	☐	☐
25.26	Ich habe ein Familienmitglied, einen nahen Verwandten oder eine*n Freund*in, der*die mir bei der Koordination meiner Krebsbehandlung geholfen hat.	☐	☐	☐	☐
25.27	Ich hatte das Gefühl, dass meine Behandlung durch die Art meiner Versicherung beeinflusst wurde.	☐	☐	☐	☐
25.28	Mein*e Onkolog*in hat mir nahegelegt, die Teilnahme an einer klinischen Studie in Betracht zu ziehen.	☐	☐	☐	☐
25.29	Ich habe den Eindruck, dass meine Krebsbehandlung gut koordiniert wird.	☐	☐	☐	☐

(Koordination der Versorgung: Okado I, Cassel K, Pagano I, et al: Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients' perception of care coordination. BMC Health Serv Res. 20(1):52, 2020.)

Muster

Abschnitt G:

In diesem Abschnitt geht es um Ihre grundsätzliche Einstellung zur **Mitwirkung in Ihrem Behandlungsprozess.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

26	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
26.01	Man sollte den Vorschlägen des Arztes bzw. der Ärztin ganz und gar folgen.	☐	☐	☐	☐
26.02	Als medizinischer Laie sollte ich dem Arzt bzw. der Ärztin die Entscheidungen überlassen.	☐	☐	☐	☐
26.03	Der Arzt bzw. die Ärztin als Expert*in sollte mir sagen, was ich zu tun habe.	☐	☐	☐	☐
26.04	Meine Gesundheit ist Sache des Arztes bzw. der Ärztin.	☐	☐	☐	☐
26.05	Ich gehe erst zum Arzt bzw. zur Ärztin, wenn ich mir selbst nicht mehr helfen kann.	☐	☐	☐	☐
26.06	Wenn ich krank bin, versuche ich mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐
26.07	Wenn ich krank bin, suche ich Rat bei Angehörigen und Freunden.	☐	☐	☐	☐
26.08	Manchmal weiß ich besser als der Arzt bzw. die Ärztin, was mir gut tut.	☐	☐	☐	☐
26.09	Ich will bei der Behandlung mitentscheiden können.	☐	☐	☐	☐
26.10	Mir ist wichtig, dass ich in die Behandlung einbezogen werde.	☐	☐	☐	☐
26.11	Ich möchte bei der Behandlung ein Mitspracherecht haben.	☐	☐	☐	☐
26.12	Ich frage den Arzt bzw. die Ärztin solange, bis mir alles klar ist.	☐	☐	☐	☐
26.13	Die Entscheidungen sollten von Arzt*Ärztin und Patient*in gleichermaßen getroffen werden.	☐	☐	☐	☐
26.14	Ich möchte dem Arzt bzw. der Ärztin meine Auffassung über die Ursachen meiner Beschwerden mitteilen.	☐	☐	☐	☐
26.15	Ich möchte genau wissen, was ich habe.	☐	☐	☐	☐
26.16	Ich möchte genau wissen, was der Arzt bzw. die Ärztin mit mir gemacht hat.	☐	☐	☐	☐
26.17	Die Ursachen meiner Beschwerden interessieren mich sehr.	☐	☐	☐	☐
26.18	Die Gründe für die gewählte Behandlungsmethode interessieren mich sehr.	☐	☐	☐	☐

(Partizipationsbedürfnis, Aufklärungsbedürfnis, Paternalismuspräferenz, Selbsthilfepräferenz: Pfaff, H.; Freise, D.C.; Mager, G.; Schrappe, M. (Hrsg.) (2003). Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Sankt Augustin: Asgard.)

Muster

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 30*
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
29.01	Im Gespräch mit dem OncoCoach gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
29.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit dem OncoCoach, noch mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte.	☐	☐	☐	☐
29.03	Im Gespräch mit dem OncoCoach wurde ich ausreichend über die Möglichkeiten der frühen palliativen Begleitung aufgeklärt.	☐	☐	☐	☐
29.04	Ich könnte mir vorstellen in den nächsten Wochen Kontakt zu einer palliativen Pflegefachkraft aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐
29.05	Ich war mit den Informationen zu meiner Therapie und zu meinem Gesundheitsstatus, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.06	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit dem OncoCoach zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
29.07	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.08	Ich vertraue dem OncoCoach.	☐	☐	☐	☐
29.09	Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem OncoCoach eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner an meiner Seite habe.	☐	☐	☐	☐

Muster

30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein *-> weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht *-> weiter mit Frage 33*
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
32.01	Im Gespräch mit der palliativen Pflegefachkraft gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
32.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit der palliativen Pflegefachkraft, noch mir meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte .	☐	☐	☐	☐
32.03	Ich war mit den Informationen zufrieden, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt.	☐	☐	☐	☐
32.04	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit der palliativen Pflegefachkraft zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
32.05	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
32.06	Ich vertraue der palliativen Pflegefachkraft.	☐	☐	☐	☐

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
33.07	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐

33.08 Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?

☐ Ja

☐ Nein

33.09 Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?

_____

_____

_____

Abschnitt I:

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person.**

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

34 Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

☐ Ledig (nie verheiratet)

☐ Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft

☐ Getrennt lebend

☐ Geschieden

☐ Verwitwet

☐ Keine Angabe

35 Haben Sie Kinder? ☐ Ja ☐ Nein -> weiter mit Frage 36

Anzahl Töchter _____

Anzahl Söhne _____

36 Fühlen Sie sich von Ihrer Familie/Ihrem sozialen Umfeld unterstützt?

☐ Gar nicht ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Meistens ☐ Jederzeit

Muster

37 Wurde bei einem Ihrer Eltern, Geschwister oder Kinder eine Krebserkrankung festgestellt?

☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 38*

Familienangehörige*r:

_____

Art der Krebserkrankung:

_____

38 Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

☐ Kein Schulabschluss
☐ Sonder-/Förderschule
☐ Hauptschule
☐ Realschule
☐ Gymnasium
☐ abgeschlossenes Studium

39 Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?

☐ Keine abgeschlossene Berufsausbildung
☐ Lehre/Ausbildung
☐ Meister/Fachschule
☐ Fachhochschule
☐ Universität
☐ Noch in Ausbildung/Studium
☐ Anderer:_____

40 Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?

☐ Vollzeit
☐ Teilzeit
☐ In Elternzeit
☐ Arbeitslos/arbeitssuchend
☐ Hausfrau*mann/nicht berufstätig
☐ Krank geschrieben/arbeitsunfähig
☐ In Rente/Ruhestand
☐ Anderer:_____

Muster

41 Wie lange werden Sie bereits in dieser onkologischen Einrichtung behandelt?	☐ Ich war zum ersten Mal in dieser Einrichtung. ☐ Weniger als 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre ☐ 3 bis 5 Jahre ☐ Mehr als 5 Jahre

Abschnitt J:

Abschließend haben wir noch Fragen zu Ihrem persönlichen **Informationsverhalten.**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

42 Welche der folgenden Medien nutzen Sie gewöhnlich, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren? (Mehrfachnennung möglich)	☐ Fernsehen ☐ Zeitung ☐ Zeitschriften ☐ Internet ☐ Andere: _____

43 Wie oft nutzen Sie das Internet?	Niemals	Mehrere Male im Monat	Mehrere Male in der Woche	Täglich
	☐	☐	☐	☐

44 Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „Komplementär- und Alternativmedizin“ gesucht? (z.B. Vitamine und Pflanzenstoffe)	☐ Ja ☐ Nein
45 Haben Sie bereits selbst nach Informationen zum Thema „palliative Begleitung“ gesucht?	☐ Ja ☐ Nein

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

6392392150

Fragebogen-Nummer:

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T1

C-RCT

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

7058392150

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft überhaupt nicht zu**	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft teilweise zu**	**Trifft eher zu**	**Trifft vollständig zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

		.			.	2	0		
Tag			Monat			Jahr		

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr]

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr]

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr]

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie <u>während des letzten Monats</u> Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7 **Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**		**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7 **Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

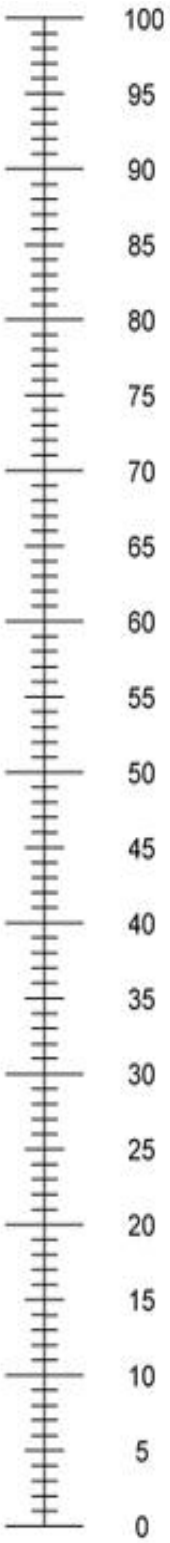
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 30*
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
29.01	Im Gespräch mit dem OncoCoach gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
29.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit dem OncoCoach, noch mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte.	☐	☐	☐	☐
29.03	Im Gespräch mit dem OncoCoach wurde ich ausreichend über die Möglichkeiten der frühen palliativen Begleitung aufgeklärt.	☐	☐	☐	☐
29.04	Ich könnte mir vorstellen in den nächsten Wochen Kontakt zu einer palliativen Pflegefachkraft aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐
29.05	Ich war mit den Informationen zu meiner Therapie und zu meinem Gesundheitsstatus, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.06	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit dem OncoCoach zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
29.07	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.08	Ich vertraue dem OncoCoach.	☐	☐	☐	☐
29.09	Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem OncoCoach eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner an meiner Seite habe.	☐	☐	☐	☐

Muster

30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein *-> weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht *-> weiter mit Frage 33*
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
32.01	Im Gespräch mit der palliativen Pflegefachkraft gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
32.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit der palliativen Pflegefachkraft, noch mir meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte .	☐	☐	☐	☐
32.03	Ich war mit den Informationen zufrieden, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt.	☐	☐	☐	☐
32.04	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit der palliativen Pflegefachkraft zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
32.05	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
32.06	Ich vertraue der palliativen Pflegefachkraft.	☐	☐	☐	☐

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
33.07	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐

33.08	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein
33.09	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____

Abschnitt K:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Erfahrungen mit dem **Angebot von Krebsberatungsstellen.**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

46	Ist Ihnen eine Krebsberatungsstelle bekannt, die Sie bei Beratungsbedarf aufsuchen können?	☐ Ja ☐ Nein
Folgende Fragen sind nur relevant, wenn Frage 46 mit Ja beantwortet wurde.		
47	Haben Sie in der Vergangenheit Angebote einer Krebsberatungsstelle in Anspruch genommen?	☐ Ja ☐ Nein *-> weiter mit Frage 51*
48	Waren Sie mit dem Angebot der Krebsberatungsstelle zufrieden?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht
49	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind in der Beratung besprechen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht
Folgende Frage ist nur relevant, wenn Frage 49 mit Nein beantwortet wurde.		
50	Welche Themen konnten Sie in der Beratung nicht besprechen?	_____ _____ _____ _____

Muster

Folgende Frage ist nur relevant, wenn <u>Frage 47</u> mit <u>Nein</u> beantwortet wurde.

51 Warum haben Sie bisher kein Angebot von Krebsberatungsstellen in Anspruch genommen? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Mir ist keine Krebsberatungsstelle in meiner Nähe bekannt.
- ☐ Ich benötige keine Beratung.
- ☐ Ich habe nicht das Gefühl, dass mir die Beratung etwas bringen würde.
- ☐ Die nächste Krebsberatungsstelle ist zu weit von meinem Wohnort entfernt oder für mich schwer zu erreichen.
- ☐ Es ist schwer eine*n Ansprechpartner*in in der Beratungsstelle zu erreichen oder einen Termin zu vereinbaren.
- ☐ Die Wartezeit für einen Beratungstermin ist mir zu lang.
- ☐ Die Öffnungszeiten der Beratungsstelle lassen sich nicht gut mit meinem Alltag vereinbaren.
- ☐ Sonstiger Grund:

_____

_____

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

7992374258

Fragebogen-Nummer:

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T2 *IG*

C-RCT

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

4016374252

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

		.			.	2	0		
Tag			Monat			Jahr		

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr]

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr]

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr]

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie <u>während des letzten Monats</u> Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7 Während des <u>letzten Monats:</u> Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
	Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01 Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02 Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03 Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04 Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05 Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06 Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07 Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08 Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09 Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10 Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11 Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12 Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13 Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14 Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15 Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16 Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17 Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18 Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19 Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20 Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7 Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

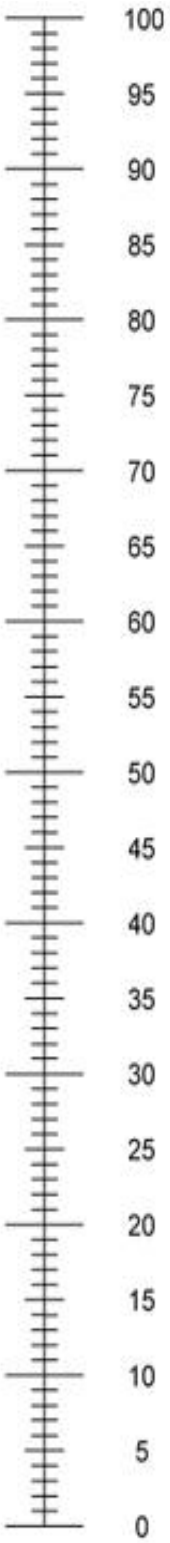
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt D:
In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Ihren Gesundheitszustand beeinflussen und verstehen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen. **Bitte denken Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen an alle Mitarbeiter*innen, mit denen Sie während der ambulanten Versorgung in Ihrer onkologischen Einrichtung Kontakt hatten.**	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.16	Mir wurde vermittelt, dass es für mich wichtig ist, die Informationen zu meiner Erkrankung und Behandlung zu verstehen.	☐	☐	☐	☐
14.17	Ich wurde danach gefragt, ob ich Informationen oder Unterlagen verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.18	Mündliche Informationen zu meiner Erkrankung oder Behandlung wurden mir zusätzlich auch schriftlich gegeben.	☐	☐	☐	☐

Muster

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.19	Fachbegriffe und Abkürzungen wurden mir in den Gesprächen erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.20	In den Gesprächen wurde deutlich und langsam genug gesprochen.	☐	☐	☐	☐
14.21	Ich wurde dazu ermuntert, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.22	Schriftliche Informationen wurden mir zusätzlich mündlich erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.23	Bei Einverständniserklärungen wurde darauf Wert gelegt, dass ich wirklich alles verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.24	Mir wurden meine Untersuchungsergebnisse verständlich erklärt.	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23). und Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Nicole Ernstmann N, Halbach S, Kowalski Ch, Pfaff H, Ansmann L: Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation (HL-COM). Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ).2017; 121, 58–63.))

Abschnitt E:
Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung.**

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐

Muster

16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐
17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐
19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐
20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

Muster

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?
	☐ Ja, ich habe großes Vertrauen
	☐ Ja, ich habe eher großes Vertrauen
	☐ Ich habe eher wenig Vertrauen
	☐ Nein ich habe kein Vertrauen
	☐ Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen ein?	☐	☐	☐	☐

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Muster

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.	☐	☐	☐	☐
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.15	Mein*e Onkolog*in hatte alle notwendigen Informationen wie etwa Testergebnisse, um Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen.	☐	☐	☐	☐
25.16	Mein*e Onkolog*in weiß nicht, wie viel emotionale Unterstützung ich brauche.	☐	☐	☐	☐
25.17	Nach Besuchen erkundigt sich ein*e Mitarbeit*in meiner onkologischen Einrichtung bei mir, ob ich Probleme oder Bedenken habe.	☐	☐	☐	☐
25.18	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in oder das Personal der Einrichtung mir all meine Fragen über meine Behandlung beantworten würde.	☐	☐	☐	☐
25.19	Mein*e Onkolog*in hat mir empfohlen, eine zweite Meinung einzuholen.	☐	☐	☐	☐
25.20	Ich glaube, dass mein* Onkolog*in mir ohne Weiteres eine Überweisung zu einem anderen Facharzt bzw. zu einer anderen Fachärztin ausstellen würde, falls dies nötig wäre.	☐	☐	☐	☐
25.21	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in meine Familien- oder Lebenssituation beim Planen meiner Behandlungen berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐
25.22	Wenn ich Schmerzen, Beschwerden oder andere Symptome hätte, würde mein*e Onkolog*in alles in seiner*ihrer Macht stehende tun, um diese zu lindern.	☐	☐	☐	☐
25.23	Wenn bei mir zu Hause ein schwerwiegendes Symptom auftritt, gehe ich als erstes in die Notaufnahme.	☐	☐	☐	☐
25.24	Ich habe das Gefühl, dass sich mein*e Onkolog*in genug Zeit für mich nimmt.	☐	☐	☐	☐
25.25	Ich habe Schwierigkeiten dabei, einen Termin zu der Uhrzeit und an dem Datum zu vereinbaren, die für mich passen.	☐	☐	☐	☐
25.26	Ich habe ein Familienmitglied, einen nahen Verwandten oder eine*n Freund*in, der*die mir bei der Koordination meiner Krebsbehandlung geholfen hat.	☐	☐	☐	☐
25.27	Ich hatte das Gefühl, dass meine Behandlung durch die Art meiner Versicherung beeinflusst wurde.	☐	☐	☐	☐
25.28	Mein*e Onkolog*in hat mir nahegelegt, die Teilnahme an einer klinischen Studie in Betracht zu ziehen.	☐	☐	☐	☐
25.29	Ich habe den Eindruck, dass meine Krebsbehandlung gut koordiniert wird.	☐	☐	☐	☐

(Koordination der Versorgung: Okado I, Cassel K, Pagano I, et al: Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients' perception of care coordination. BMC Health Serv Res. 20(1):52, 2020.)

Muster

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 30*
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
29.01	Im Gespräch mit dem OncoCoach gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
29.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit dem OncoCoach, noch mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte.	☐	☐	☐	☐
29.03	Im Gespräch mit dem OncoCoach wurde ich ausreichend über die Möglichkeiten der frühen palliativen Begleitung aufgeklärt.	☐	☐	☐	☐
29.04	Ich könnte mir vorstellen in den nächsten Wochen Kontakt zu einer palliativen Pflegefachkraft aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐
29.05	Ich war mit den Informationen zu meiner Therapie und zu meinem Gesundheitsstatus, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.06	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit dem OncoCoach zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
29.07	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.08	Ich vertraue dem OncoCoach.	☐	☐	☐	☐
29.09	Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem OncoCoach eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner an meiner Seite habe.	☐	☐	☐	☐

Muster

30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein *-> weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht *-> weiter mit Frage 33*
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
32.01	Im Gespräch mit der palliativen Pflegefachkraft gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
32.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit der palliativen Pflegefachkraft, noch mir meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte .	☐	☐	☐	☐
32.03	Ich war mit den Informationen zufrieden, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt.	☐	☐	☐	☐
32.04	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit der palliativen Pflegefachkraft zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
32.05	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
32.06	Ich vertraue der palliativen Pflegefachkraft.	☐	☐	☐	☐

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
33.07	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.08	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.09	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

2356305600

Fragebogen-Nummer:

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T3

C-RCT

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

5394305605

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

		.			.	2	0		
Tag			Monat			Jahr		

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr]

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr]

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr]

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie <u>während des letzten Monats</u> Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7 **Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**		**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7 **Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

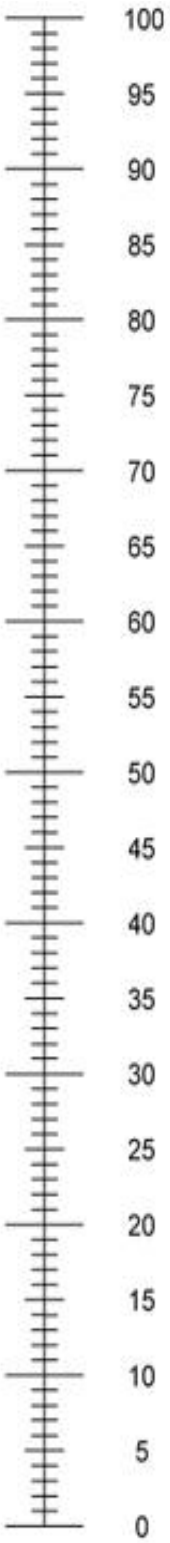
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 30*
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
29.01	Im Gespräch mit dem OncoCoach gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
29.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit dem OncoCoach, noch mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte.	☐	☐	☐	☐
29.03	Im Gespräch mit dem OncoCoach wurde ich ausreichend über die Möglichkeiten der frühen palliativen Begleitung aufgeklärt.	☐	☐	☐	☐
29.04	Ich könnte mir vorstellen in den nächsten Wochen Kontakt zu einer palliativen Pflegefachkraft aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐
29.05	Ich war mit den Informationen zu meiner Therapie und zu meinem Gesundheitsstatus, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.06	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit dem OncoCoach zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
29.07	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.08	Ich vertraue dem OncoCoach.	☐	☐	☐	☐
29.09	Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem OncoCoach eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner an meiner Seite habe.	☐	☐	☐	☐

Muster

30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein *-> weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht *-> weiter mit Frage 33*
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
32.01	Im Gespräch mit der palliativen Pflegefachkraft gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
32.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit der palliativen Pflegefachkraft, noch mir meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte .	☐	☐	☐	☐
32.03	Ich war mit den Informationen zufrieden, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt.	☐	☐	☐	☐
32.04	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit der palliativen Pflegefachkraft zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
32.05	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
32.06	Ich vertraue der palliativen Pflegefachkraft.	☐	☐	☐	☐

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
33.07	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.08	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.09	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

8362153345

ONCO PATH

Fragebogen-Nummer:

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T4

C-RCT

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

1976153349

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

		.			.	2	0		
Tag			Monat			Jahr			

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr]

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr]

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr]

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie <u>während des letzten Monats</u> Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7 Während des <u>letzten Monats:</u> Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
	Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01 Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02 Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03 Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04 Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05 Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06 Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07 Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08 Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09 Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10 Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11 Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12 Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13 Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14 Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15 Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16 Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17 Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18 Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19 Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20 Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7 Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

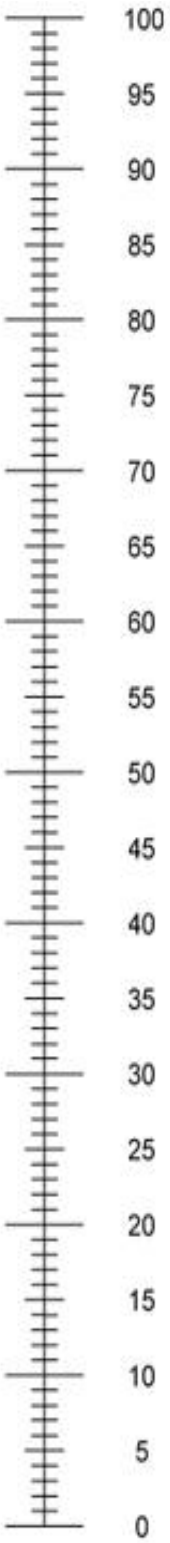
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt D:
In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Ihren Gesundheitszustand beeinflussen und verstehen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen. **Bitte denken Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen an alle Mitarbeiter*innen, mit denen Sie während der ambulanten Versorgung in Ihrer onkologischen Einrichtung Kontakt hatten.**	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.16	Mir wurde vermittelt, dass es für mich wichtig ist, die Informationen zu meiner Erkrankung und Behandlung zu verstehen.	☐	☐	☐	☐
14.17	Ich wurde danach gefragt, ob ich Informationen oder Unterlagen verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.18	Mündliche Informationen zu meiner Erkrankung oder Behandlung wurden mir zusätzlich auch schriftlich gegeben.	☐	☐	☐	☐

Muster

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.19	Fachbegriffe und Abkürzungen wurden mir in den Gesprächen erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.20	In den Gesprächen wurde deutlich und langsam genug gesprochen.	☐	☐	☐	☐
14.21	Ich wurde dazu ermuntert, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.22	Schriftliche Informationen wurden mir zusätzlich mündlich erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.23	Bei Einverständniserklärungen wurde darauf Wert gelegt, dass ich wirklich alles verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.24	Mir wurden meine Untersuchungsergebnisse verständlich erklärt.	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23). und Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Nicole Ernstmann N, Halbach S, Kowalski Ch, Pfaff H, Ansmann L: Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation (HL-COM). Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ).2017; 121, 58–63.))

Abschnitt E:
Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung.**

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐

Muster

16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐
17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐
19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐
20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

Muster

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?
	☐ Ja, ich habe großes Vertrauen
	☐ Ja, ich habe eher großes Vertrauen
	☐ Ich habe eher wenig Vertrauen
	☐ Nein ich habe kein Vertrauen
	☐ Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen ein?	☐	☐	☐	☐

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Muster

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.	☐	☐	☐	☐
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.15	Mein*e Onkolog*in hatte alle notwendigen Informationen wie etwa Testergebnisse, um Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen.	☐	☐	☐	☐
25.16	Mein*e Onkolog*in weiß nicht, wie viel emotionale Unterstützung ich brauche.	☐	☐	☐	☐
25.17	Nach Besuchen erkundigt sich ein*e Mitarbeit*in meiner onkologischen Einrichtung bei mir, ob ich Probleme oder Bedenken habe.	☐	☐	☐	☐
25.18	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in oder das Personal der Einrichtung mir all meine Fragen über meine Behandlung beantworten würde.	☐	☐	☐	☐
25.19	Mein*e Onkolog*in hat mir empfohlen, eine zweite Meinung einzuholen.	☐	☐	☐	☐
25.20	Ich glaube, dass mein* Onkolog*in mir ohne Weiteres eine Überweisung zu einem anderen Facharzt bzw. zu einer anderen Fachärztin ausstellen würde, falls dies nötig wäre.	☐	☐	☐	☐
25.21	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in meine Familien- oder Lebenssituation beim Planen meiner Behandlungen berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐
25.22	Wenn ich Schmerzen, Beschwerden oder andere Symptome hätte, würde mein*e Onkolog*in alles in seiner*ihrer Macht stehende tun, um diese zu lindern.	☐	☐	☐	☐
25.23	Wenn bei mir zu Hause ein schwerwiegendes Symptom auftritt, gehe ich als erstes in die Notaufnahme.	☐	☐	☐	☐
25.24	Ich habe das Gefühl, dass sich mein*e Onkolog*in genug Zeit für mich nimmt.	☐	☐	☐	☐
25.25	Ich habe Schwierigkeiten dabei, einen Termin zu der Uhrzeit und an dem Datum zu vereinbaren, die für mich passen.	☐	☐	☐	☐
25.26	Ich habe ein Familienmitglied, einen nahen Verwandten oder eine*n Freund*in, der*die mir bei der Koordination meiner Krebsbehandlung geholfen hat.	☐	☐	☐	☐
25.27	Ich hatte das Gefühl, dass meine Behandlung durch die Art meiner Versicherung beeinflusst wurde.	☐	☐	☐	☐
25.28	Mein*e Onkolog*in hat mir nahegelegt, die Teilnahme an einer klinischen Studie in Betracht zu ziehen.	☐	☐	☐	☐
25.29	Ich habe den Eindruck, dass meine Krebsbehandlung gut koordiniert wird.	☐	☐	☐	☐

(Koordination der Versorgung: Okado I, Cassel K, Pagano I, et al: Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients' perception of care coordination. BMC Health Serv Res. 20(1):52, 2020.)

Muster

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 30*
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
29.01	Im Gespräch mit dem OncoCoach gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
29.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit dem OncoCoach, noch mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte.	☐	☐	☐	☐
29.03	Im Gespräch mit dem OncoCoach wurde ich ausreichend über die Möglichkeiten der frühen palliativen Begleitung aufgeklärt.	☐	☐	☐	☐
29.04	Ich könnte mir vorstellen in den nächsten Wochen Kontakt zu einer palliativen Pflegefachkraft aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐
29.05	Ich war mit den Informationen zu meiner Therapie und zu meinem Gesundheitsstatus, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.06	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit dem OncoCoach zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
29.07	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.08	Ich vertraue dem OncoCoach.	☐	☐	☐	☐
29.09	Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem OncoCoach eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner an meiner Seite habe.	☐	☐	☐	☐

Muster

30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein *-> weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht *-> weiter mit Frage 33*
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
32.01	Im Gespräch mit der palliativen Pflegefachkraft gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
32.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit der palliativen Pflegefachkraft, noch mir meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte .	☐	☐	☐	☐
32.03	Ich war mit den Informationen zufrieden, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt.	☐	☐	☐	☐
32.04	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit der palliativen Pflegefachkraft zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
32.05	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
32.06	Ich vertraue der palliativen Pflegefachkraft.	☐	☐	☐	☐

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
33.07	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.08	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.09	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

4367244651

Fragebogen-Nummer:

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T5

C-RCT

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

1642244654

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

		.			.	2	0		
Tag			Monat			Jahr		

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? [Anzahl] _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? [Monat, Jahr]

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? [Anzahl] _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? [Monat, Jahr]

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? [Anzahl] _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? [Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr]

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie <u>während des letzten Monats</u> Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7	**Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.01	Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11	Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14	Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15	Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16	Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18	Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20	Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7 **Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

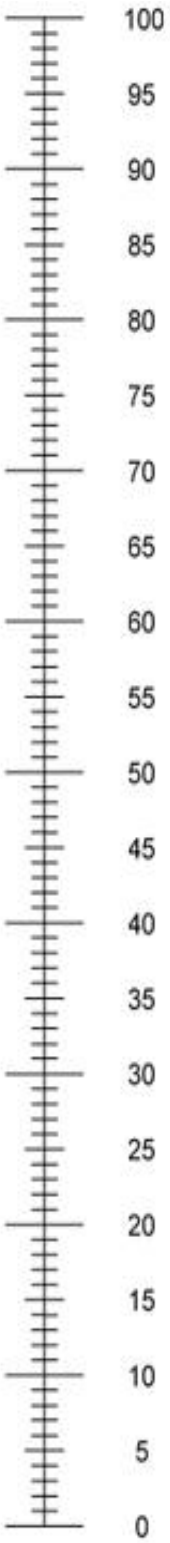
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 30*
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
29.01	Im Gespräch mit dem OncoCoach gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
29.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit dem OncoCoach, noch mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte.	☐	☐	☐	☐
29.03	Im Gespräch mit dem OncoCoach wurde ich ausreichend über die Möglichkeiten der frühen palliativen Begleitung aufgeklärt.	☐	☐	☐	☐
29.04	Ich könnte mir vorstellen in den nächsten Wochen Kontakt zu einer palliativen Pflegefachkraft aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐
29.05	Ich war mit den Informationen zu meiner Therapie und zu meinem Gesundheitsstatus, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.06	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit dem OncoCoach zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
29.07	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.08	Ich vertraue dem OncoCoach.	☐	☐	☐	☐
29.09	Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem OncoCoach eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner an meiner Seite habe.	☐	☐	☐	☐

Muster

30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 33*
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
32.01	Im Gespräch mit der palliativen Pflegefachkraft gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
32.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit der palliativen Pflegefachkraft, noch mir meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte .	☐	☐	☐	☐
32.03	Ich war mit den Informationen zufrieden, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt.	☐	☐	☐	☐
32.04	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit der palliativen Pflegefachkraft zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
32.05	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
32.06	Ich vertraue der palliativen Pflegefachkraft.	☐	☐	☐	☐

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
33.07	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.08	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.09	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

5366487098

Fragebogen-Nummer:

Deckblatt für das Zentrum

Deckblatt bitte vor Ausgabe des Fragebogens abtrennen!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Muster

Patient*innenbefragung
Fragebogen T6 *IG*

C-RCT

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

0387487096

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre medizinische und pflegerische Versorgung betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

		.			.	2	0		
Tag			Monat			Jahr		

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie in den letzten drei Monaten den **Notdienst** kontaktiert bzw. die **Notaufnahme** besucht haben oder in ein **Krankenhaus** eingewiesen wurden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** den ambulanten Notdienst kontaktiert?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 3*

Wie häufig haben Sie den Notdienst kontaktiert? **[Anzahl]** _____

Wann haben Sie den Notdienst jeweils kontaktiert? **[Monat, Jahr]**

_____

2 Welche Beschwerden führten zur/zu den Kontaktaufnahme/n des Notdienstes?

_____

_____

3 Haben Sie in den letzten **drei Monaten** die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 5*

Wie häufig haben Sie die Notaufnahme aufgesucht? **[Anzahl]** _____

Wann haben Sie die Notaufnahme jeweils aufgesucht? **[Monat, Jahr]**

_____

4 Welche Beschwerden führten zu dem/den Besuch/en der Notaufnahme?

_____

5 Wurden Sie in den letzten **drei Monaten** ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesen?

☐ Ja

☐ Nein -> *weiter mit Frage 7*

Wie häufig wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen? **[Anzahl]** _____

Wann wurden Sie jeweils ins Krankenhaus eingewiesen? **[Monat der Krankenhausaufnahme, Jahr]**

_____

6 Welche Beschwerden führten zur/zu den Krankenhausweinweisung/en?

_____

_____

Muster

Abschnitt B:

Um die Betreuung und Versorgung von onkologischen Patient*innen zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie **Unterstützung** bei verschiedenen Aspekten Ihrer Erkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben.

Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie <u>während des letzten Monats</u> Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

7 Während des <u>letzten Monats:</u> Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
	Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01 Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
7.02 Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
7.03 Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	☐	☐	☐	☐	☐
7.04 Arbeit im Haushalt	☐	☐	☐	☐	☐
7.05 Erledigung von Alltagsangelegenheiten	☐	☐	☐	☐	☐
7.06 Angst	☐	☐	☐	☐	☐
7.07 Niedergeschlagenheit oder Depression	☐	☐	☐	☐	☐
7.08 Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
7.09 Ängste vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.10 Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	☐	☐	☐	☐	☐
7.11 Ungewissheit über die Zukunft	☐	☐	☐	☐	☐
7.12 Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	☐	☐	☐	☐	☐
7.13 Erhaltung einer positiven Sichtweise	☐	☐	☐	☐	☐
7.14 Gedanken über Tod und Sterben	☐	☐	☐	☐	☐
7.15 Veränderungen in der Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.16 Veränderungen in der Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
7.17 Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
7.18 Freiheit bei der Wahl des*der behandelnden Arztes*Ärztin	☐	☐	☐	☐	☐
7.19 Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	☐	☐	☐	☐	☐
7.20 Verständnis und Wertschätzung des Gesundheitspersonals (z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

7 Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…		Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.21	Behandlung körperlicher Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
7.22	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	☐	☐	☐	☐	☐
7.23	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	☐	☐	☐	☐	☐
7.24	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen für zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐
7.25	Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	☐	☐	☐	☐	☐
7.26	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung vor Beginn	☐	☐	☐	☐	☐
7.27	Schnellstmögliche Information über Testergebnisse	☐	☐	☐	☐	☐
7.28	Schnellstmögliche Information über die Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
7.29	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	☐	☐	☐	☐	☐
7.30	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psycholog*in, Sozialarbeiter*in) für Sie oder Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
7.31	Erhalt von Informationen über Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
7.32	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	☐	☐	☐	☐	☐
7.33	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	☐	☐	☐	☐	☐
7.34	Eine*n feste*n Ansprechpartner*in für medizinische Fragen	☐	☐	☐	☐	☐

(Unterstützungsbedarf: Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.)

Muster

Abschnitt C:

In den folgenden Aussagen geht es um die **Beschreibung und Einschätzung Ihrer Gesundheit** in verschiedenen Bereichen, wie z.B. Ihrer Mobilität und im alltäglichen Leben.

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

8	**Beweglichkeit/Mobilität**	
8.01	Ich habe keine Probleme herumzugehen	☐
8.02	Ich habe leichte Probleme herumzugehen	☐
8.03	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	☐
8.04	Ich habe große Probleme herumzugehen	☐
8.05	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	☐
9	**Für sich selbst sorgen**	
9.01	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.02	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.03	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.04	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
9.05	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐
10	**Alltägliche Tätigkeiten** *(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)*	
10.01	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.02	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.03	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.04	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
10.05	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐
11	**Schmerzen/körperliche Beschwerden**	
11.01	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.02	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.03	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.04	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
11.05	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
12	**Angst/Niedergeschlagenheit**	
12.01	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
12.02	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
12.03	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
12.04	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
12.05	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

Muster

13 **Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.**

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

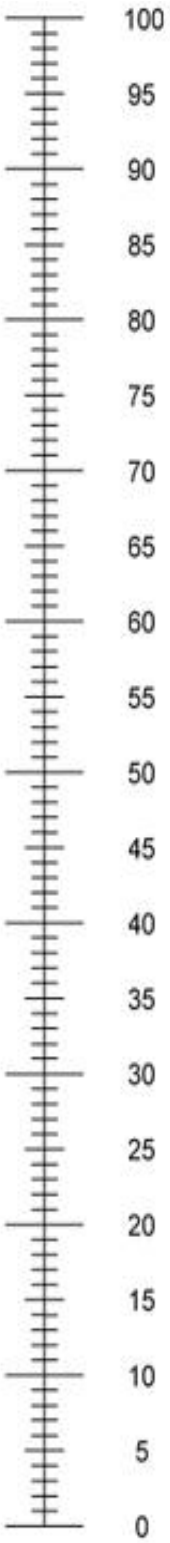
100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE = ☐

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Muster

(Lebensqualität: Germany (German) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group)

Abschnitt D:
In diesem Abschnitt geht es darum, in welchem Ausmaß Sie Ihre **Versorgung und Ihren Gesundheitszustand beeinflussen und verstehen** können.

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

14	**Bitte kreuzen Sie an, wie stark die nachfolgenden Aussagen für Sie als Patient*in zutreffen.**	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Teils/ teils	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
14.01	Ich weiß, wie ich meine Gesundheit fördern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.02	Es fällt mir leicht, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umzusetzen (z.B. Ernährung, Bewegung).	☐	☐	☐	☐	☐
14.03	Ich weiß über meine Erkrankungen gut Bescheid.	☐	☐	☐	☐	☐
14.04	Ich bin in der Lage, mit meinen Erkrankungen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.05	Ich kenne verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für meine Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.06	Ich bin in der Lage, einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands so weit wie möglich vorzubeugen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.07	Ich weiß, wann ich ärztliche oder therapeutische Hilfe benötige und wann ich meine Beschwerden selbst behandeln kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.08	Ich bin in der Lage, mir ärztliche oder therapeutische Hilfe zu verschaffen, wenn ich sie brauche.	☐	☐	☐	☐	☐
14.09	Es fällt mir leicht, meinem Arzt bzw. meiner Ärztin meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn er*sie mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.10	Es fällt mir leicht, dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Sorgen und Befürchtungen mitzuteilen, auch wenn es mich nicht direkt darauf anspricht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.11	Es fällt mir leicht, im Arztgespräch meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.12	Es fällt mir leicht, in Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal (z.B. Praxismitarbeitende, Pflegekräfte) meine Fragen zu stellen oder meine Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
14.13	Ich bin überzeugt, dass ich auch in stressigen Zeiten eine gesunde Lebensweise aufrechterhalten kann.	☐	☐	☐	☐	☐
14.14	Ich komme allgemein mit meinem Leben zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐
14.15	Ich bin im Allgemeinen in der Lage, mir selbst zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen. **Bitte denken Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen an alle Mitarbeiter*innen, mit denen Sie während der ambulanten Versorgung in Ihrer onkologischen Einrichtung Kontakt hatten.**	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.16	Mir wurde vermittelt, dass es für mich wichtig ist, die Informationen zu meiner Erkrankung und Behandlung zu verstehen.	☐	☐	☐	☐
14.17	Ich wurde danach gefragt, ob ich Informationen oder Unterlagen verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.18	Mündliche Informationen zu meiner Erkrankung oder Behandlung wurden mir zusätzlich auch schriftlich gegeben.	☐	☐	☐	☐

Muster

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
14.19	Fachbegriffe und Abkürzungen wurden mir in den Gesprächen erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.20	In den Gesprächen wurde deutlich und langsam genug gesprochen.	☐	☐	☐	☐
14.21	Ich wurde dazu ermuntert, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.22	Schriftliche Informationen wurden mir zusätzlich mündlich erklärt.	☐	☐	☐	☐
14.23	Bei Einverständniserklärungen wurde darauf Wert gelegt, dass ich wirklich alles verstanden habe.	☐	☐	☐	☐
14.24	Mir wurden meine Untersuchungsergebnisse verständlich erklärt.	☐	☐	☐	☐

(Patientenbefähigung: Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23). und Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Nicole Ernstmann N, Halbach S, Kowalski Ch, Pfaff H, Ansmann L: Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation (HL-COM). Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ).2017; 121, 58–63.))

Abschnitt E:
Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer onkologischen Einrichtung.**

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

15	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
15.01	…der Wartezeit auf einen Arzttermin?	☐	☐	☐	☐
15.02	…der Wartezeit in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.03	…der Freundlichkeit des Personals der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
15.04	…der Atmosphäre in der Einrichtung?	☐	☐	☐	☐
16	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
16.01	…die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung	☐	☐	☐	☐
16.02	…die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	☐	☐	☐	☐
16.03	…die Informationen über die geplante Therapie?	☐	☐	☐	☐
16.04	…die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	☐	☐	☐	☐
16.05	...die Informationen darüber, was Sie selbst auch für Ihr Wohlbefinden beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	☐	☐	☐	☐
16.06	…die Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐
16.07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐

Muster

16.08	…die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?	☐	☐	☐	☐
17	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
17.0	…auf sein bzw. ihr Verständnis?	☐	☐	☐	☐
17.01	…auf sein bzw. ihr Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐
17.02	…auf Menschlichkeit?	☐	☐	☐	☐
17.03	…auf die Zeit, die er bzw. sie Ihnen widmet?	☐	☐	☐	☐
17.04	…darauf, ernst genommen zu werden?	☐	☐	☐	☐
17.05	…auf Zuspruch und Unterstützung?	☐	☐	☐	☐
17.06	...auf seine bzw. ihre Geduld?	☐	☐	☐	☐
17.07	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	☐	☐	☐	☐
18	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
18.01	…Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	☐	☐	☐	☐
18.02	…Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐
18.03	…Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	☐	☐	☐	☐
19	**Wie werden Sie von diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**
19.01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	☐	☐	☐	☐
19.02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	☐	☐	☐	☐
19.03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	☐	☐	☐	☐
19.04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	☐	☐	☐	☐
20	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	☐	☐	☐	☐

Muster

21	**Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt bzw. dieser Ärztin in Bezug auf…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	☐	☐	☐	☐

22	Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt bzw. dieser Ärztin?
	☐ Ja, ich habe großes Vertrauen
	☐ Ja, ich habe eher großes Vertrauen
	☐ Ich habe eher wenig Vertrauen
	☐ Nein ich habe kein Vertrauen
	☐ Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug

23	**Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch…**	**Sehr hoch**	**Eher hoch**	**Eher gering**	**Sehr gering**
	…diesen Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen ein?	☐	☐	☐	☐

24	**Wie zufrieden sind Sie mit…**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	…diesem Arzt bzw. dieser Ärztin im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐

(Patientenzufriedenheit: Bitzer E M, Dierks M L, Schwartz F W. ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientensicht.(2019) https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (Zugriff am 28.07.2020.)

Muster

Abschnitt F:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die **Koordination Ihrer onkologischen Versorgung.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

25	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.**	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.01	Es war einfach, Termine bei meinem primären Onkologen bzw. meiner primären Onkologin zu vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.02	Ich habe Informationen oder Unterstützung zu emotionalen, finanziellen oder sozialen Problemen bekommen, die mich betreffen könnten.	☐	☐	☐	☐
25.03	Im Allgemeinen wurden mir alle Verfahren erklärt.	☐	☐	☐	☐
25.04	Manchmal werden Tests bei mir doppelt durchgeführt.	☐	☐	☐	☐
25.05	Mein*e Onkologe*in bespricht mit mir immer meine vorherige und aktuelle medizinische Vorgeschichte.	☐	☐	☐	☐
25.06	Mein*e Onkologe*in erklärt mir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐
25.07	Mir wird verständlich erklärt, welche Rolle Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen für meine Behandlung spielen.	☐	☐	☐	☐
25.08	Ich habe das Gefühl, dass mir mein Arzt bzw. meine Ärztin oder ein Mitglied seines bzw. ihres Teams Informationen zur Verfügung stellen würde, wenn es für mein emotionales Wohlbefinden oder für soziale Belange gut für mich wäre, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐
25.09	Ich wurde über finanzielle Aspekte der Krebsbehandlung informiert.	☐	☐	☐	☐
25.10	Mein Behandlungsplan ist für mich gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
25.11	Weitere Termine kann ich leicht vereinbaren.	☐	☐	☐	☐
25.12	Ich habe den Eindruck, dass sich mein*e Onkolog*in häufig mit anderen Ärzt*innen austauscht, die an meiner Behandlung beteiligt sind.	☐	☐	☐	☐
25.13	Ich weiß, welche*n meiner Ärzt*innen ich anrufen kann, wenn ich Fragen habe oder Komplikationen bei meinen Behandlungen auftreten.	☐	☐	☐	☐
25.14	Wenn ich meine*n Onkolog*in anrufe, werde ich zeitnah zurückgerufen.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
25.15	Mein*e Onkolog*in hatte alle notwendigen Informationen wie etwa Testergebnisse, um Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen.	☐	☐	☐	☐
25.16	Mein*e Onkolog*in weiß nicht, wie viel emotionale Unterstützung ich brauche.	☐	☐	☐	☐
25.17	Nach Besuchen erkundigt sich ein*e Mitarbeit*in meiner onkologischen Einrichtung bei mir, ob ich Probleme oder Bedenken habe.	☐	☐	☐	☐
25.18	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in oder das Personal der Einrichtung mir all meine Fragen über meine Behandlung beantworten würde.	☐	☐	☐	☐
25.19	Mein*e Onkolog*in hat mir empfohlen, eine zweite Meinung einzuholen.	☐	☐	☐	☐
25.20	Ich glaube, dass mein* Onkolog*in mir ohne Weiteres eine Überweisung zu einem anderen Facharzt bzw. zu einer anderen Fachärztin ausstellen würde, falls dies nötig wäre.	☐	☐	☐	☐
25.21	Ich habe den Eindruck, dass mein*e Onkolog*in meine Familien- oder Lebenssituation beim Planen meiner Behandlungen berücksichtigt.	☐	☐	☐	☐
25.22	Wenn ich Schmerzen, Beschwerden oder andere Symptome hätte, würde mein*e Onkolog*in alles in seiner*ihrer Macht stehende tun, um diese zu lindern.	☐	☐	☐	☐
25.23	Wenn bei mir zu Hause ein schwerwiegendes Symptom auftritt, gehe ich als erstes in die Notaufnahme.	☐	☐	☐	☐
25.24	Ich habe das Gefühl, dass sich mein*e Onkolog*in genug Zeit für mich nimmt.	☐	☐	☐	☐
25.25	Ich habe Schwierigkeiten dabei, einen Termin zu der Uhrzeit und an dem Datum zu vereinbaren, die für mich passen.	☐	☐	☐	☐
25.26	Ich habe ein Familienmitglied, einen nahen Verwandten oder eine*n Freund*in, der*die mir bei der Koordination meiner Krebsbehandlung geholfen hat.	☐	☐	☐	☐
25.27	Ich hatte das Gefühl, dass meine Behandlung durch die Art meiner Versicherung beeinflusst wurde.	☐	☐	☐	☐
25.28	Mein*e Onkolog*in hat mir nahegelegt, die Teilnahme an einer klinischen Studie in Betracht zu ziehen.	☐	☐	☐	☐
25.29	Ich habe den Eindruck, dass meine Krebsbehandlung gut koordiniert wird.	☐	☐	☐	☐

(Koordination der Versorgung: Okado I, Cassel K, Pagano I, et al: Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients' perception of care coordination. BMC Health Serv Res. 20(1):52, 2020.)

Muster

Abschnitt H:

In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Wünsche und Erwartungen an die **Gestaltung Ihrer Behandlung** sowie an die **Kommunikation von Informationen.**

Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:

27	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch einen **OncoCoach** betreut?	☐ Ja ☐ Nein -> *weiter mit Frage 30* ☐ Weiß nicht -> *weiter mit Frage 30*
28	Über welche Themen haben Sie mit Ihrem **OncoCoach** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
29	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrem **OncoCoach** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
29.01	Im Gespräch mit dem OncoCoach gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
29.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit dem OncoCoach, noch mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte.	☐	☐	☐	☐
29.03	Im Gespräch mit dem OncoCoach wurde ich ausreichend über die Möglichkeiten der frühen palliativen Begleitung aufgeklärt.	☐	☐	☐	☐
29.04	Ich könnte mir vorstellen in den nächsten Wochen Kontakt zu einer palliativen Pflegefachkraft aufzunehmen.	☐	☐	☐	☐
29.05	Ich war mit den Informationen zu meiner Therapie und zu meinem Gesundheitsstatus, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.06	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit dem OncoCoach zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
29.07	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich vom OncoCoach erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
29.08	Ich vertraue dem OncoCoach.	☐	☐	☐	☐
29.09	Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem OncoCoach eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner an meiner Seite habe.	☐	☐	☐	☐

Muster

30	Wurden Sie in den letzten drei Monaten durch eine **palliative Pflegefachkraft** betreut?	☐ Ja ☐ Nein *-> weiter mit Frage 33* ☐ Weiß nicht *-> weiter mit Frage 33*
31	Über welche Themen haben Sie mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** gesprochen?	_____ _____ _____ _____
32	Konnten Sie alle Themen, die Ihnen wichtig sind mit Ihrer **palliativen Pflegefachkraft** besprechen?	☐ Ja ☐ Nein

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
32.01	Im Gespräch mit der palliativen Pflegefachkraft gab es Themen, die ich lieber mit meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprochen hätte.	☐	☐	☐	☐
32.02	Es gibt Themen mit Bezug auf meine Lebenssituation oder meinem Gesundheitszustand, die ich weder mit der palliativen Pflegefachkraft, noch mir meinem Arzt bzw. meiner Ärztin besprechen möchte .	☐	☐	☐	☐
32.03	Ich war mit den Informationen zufrieden, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt.	☐	☐	☐	☐
32.04	Ich war mit der Möglichkeit zufrieden, mit der palliativen Pflegefachkraft zu sprechen und meine Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐
32.05	Ich war mit der emotionalen Unterstützung, die ich von der palliativen Pflegefachkraft erhielt, zufrieden.	☐	☐	☐	☐
32.06	Ich vertraue der palliativen Pflegefachkraft.	☐	☐	☐	☐

33	**Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme vollständig zu**
33.01	Ich fühle mich als Person von meinem Arzt bzw. meiner Ärztin ernst genommen	☐	☐	☐	☐
33.02	Ich hätte gern immer den gleichen Arzt bzw. die gleiche Ärztin gesprochen	☐	☐	☐	☐
33.03	Ich hätte gern mehr Kontakt zu meinem Arzt bzw. meiner Ärztin	☐	☐	☐	☐
33.04	Ich hätte gern mehr Information durch den Arzt bzw. die Ärztin erhalten	☐	☐	☐	☐
33.05	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einem OncoCoach	☐	☐	☐	☐
33.06	Ich hätte gern (mehr) Kontakt zu einer Palliativpflegefachkraft	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwiefern Sie den nachfolgenden Aussagen zu Gestaltung Ihrer Behandlung zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme vollständig zu
33.07	Ich hatte das Gefühl, dass das beteiligte Gesundheitspersonal (Ärzt*innen, OncoCoach und Palliativpflegefachkraft) über den aktuellen Stand meiner Therapie gut informiert ist.	☐	☐	☐	☐
33.08	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre individuellen Wünsche und Ihre Lebenssituation in Ihrer onkologischen Betreuung ausreichend berücksichtigt wurden?	☐ Ja ☐ Nein			
33.09	Was haben Sie in Ihrer onkologischen Betreuung bisher vermisst?	_____ _____ _____			

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen-Nummer:

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T0

Basiserhebung für Angehörige

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie den Unterstützungsbedarf betreffen, der durch die Pflege oder das Zusammenleben mit dem Krebspatienten bzw. der Krebspatientin entstanden ist. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft überhaupt nicht zu**	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft teilweise zu**	**Trifft eher zu**	**Trifft vollständig zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-7-00-_ _ _ _ Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

Tag | Monat | Jahr

Abschnitt A:

Bitte geben Sie für jede Aussage auf den folgenden Seiten an, ob Sie durch die Pflege oder das Zusammenleben mit einem Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin einen Unterstützungsbedarf während des vergangenen Monats hatten. Achten Sie darauf, dass Sie die Frage hinsichtlich **Ihrer eigenen Erfahrungen als pflegende Person oder angehörige Person eines Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin** ausfüllen – nicht hinsichtlich dessen, was die Person mit der Krebserkrankung möglicherweise erlebt.

Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, ob Sie diesbezüglich ein Unterstützungsbedürfnis **im vergangenen Monat** hatten. Wenn Sie denken, dass diese Frage nicht für Ihre Situation zutrifft, dann kreuzen Sie bitte 1 („Habe hier kein Problem“) an.

Kein Bedürfnis nach Unterstützung	1	Habe hier kein Problem– Dies war für mich bei der Unterstützung des Krebspatienten kein Problem.
	2	Werde bereits unterstützt– Dabei habe ich Unterstützung benötigt, aber mein Unterstützungsbedarf war zu dieser Zeit erfüllt.
Bedürfnis nach Unterstützung	3	Gering – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte geringen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	4	Mittel – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte mittleren Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	5	Hoch – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte hohen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.

Muster

7	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.01	Erhalt von Informationen zu Ihren Bedürfnissen als Angehörige*r/Pflegende*r	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.02	Erhalt von Informationen über die Prognose der krebserkrankten Person	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.03	Erhalt von Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige/ Pflegende von Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.04	Erhalt von Information zu alternativen Therapiemöglichkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.05	Erhalt von Information über körperliche Bedürftigkeiten des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Fragebogennummer: 3-7-00-_ _ _ _

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.06	Erhalt von Information über Nutzen und Nebenwirkungen der Behandlungen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.07	Erhalt der bestmöglichen medizinischen Versorgung für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.08	Zugang zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.09	Einbindung in die Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.10	Möglichkeiten zum Besprechen von Sorgen mit dem Arzt bzw. der Ärztin	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.11	Vertrauen, dass die Ärzt*innen sich gegenseitig ausreichend absprechen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.12	Sicher sein zu können, dass alle Dienstleistungen ausreichend koordiniert werden	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.13	Eingehen auf Beschwerden bzgl. der Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.14	Die Verminderung der Belastung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.15	Die Beachtung meiner eigenen Gesundheit einschließlich Essen und Schlaf	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.16	Angemessene Behandlung der Schmerzen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.17	Ängste bzgl. der Verschlechterung des Zustandes des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.18	Erhalt von Information über Zeugungsfähigkeit/Fruchtbarkeit des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.19	Praktische Versorgungsaufgaben wie Baden, Wechsel von Verbänden oder Verabreichen von Medikamenten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.20	Parkmöglichkeiten am Krankenhaus	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.21	Anpassung an die Veränderungen im Leben/Berufsleben des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.22	Den Einfluss der Pflege des Krebskranken auf mein eigenes Leben/Berufsleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.23	Finanzielle/staatliche Unterstützungsmöglichkeiten für mich und/oder den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.24	Abschluss von Lebens- und/oder Reiseversicherungen für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.25	Zugang zu Rechtsberatung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.26	Kommunikation mit der Person, die ich pflege	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.27	Kommunikation mit der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.28	Mehr Unterstützung seitens der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.29	Austausch mit anderen Menschen, die Krebskranke versorgt haben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.30	Sprechen über die Krebsthematik im Privatleben oder bei der Arbeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.31	Die Bewältigung von Sorgen über ein Wiederauftreten der Erkrankung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.32	Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehung zum Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.33	Das Verstehen der Erfahrungen, die der Krebskranke macht	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.34	Den Ausgleich zwischen meinen Bedürfnissen und denen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.35	Mein Einstellen auf Veränderungen am Körper des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.36	Ansprechen der Probleme in meinem Sexualleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.37	Emotionale Unterstützung für mich selbst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.38	Emotionale Unterstützung für mir Nahestehende/meine Angehörigen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.39	Gefühle in Verbindung mit dem Gedanken an den Tod und an das Sterben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.40	Ausbleibende Anerkennung für meine Belastungen durch die Pflege eines Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.41	Genesung des Krebskranken nicht in erwarteter Weise	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.42	Das Treffen von Entscheidungen für mein Leben im Zustand der Ungewissheit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.43	Meine eigene Spiritualität/Glauben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.44	Das Finden von Sinn in der Erkrankung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.45	Möglichkeiten, an der Behandlungsentscheidung des Krebskranken beteiligt zu sein	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

(Unterstützungsbedarf: Deutsche Version des Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS P&C-G) Hartman & Sklenarova 2014.)

Muster

Abschnitt B:

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

8	In welcher Beziehung stehen Sie mit dem bzw. der Krebspatient*in?	☐	Verheiratet oder Lebenspartner*in *→ weiter mit Frage 10*
		☐	Verwandt
		☐	Befreundet
		☐	Sonstiges_____
9	Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?	☐	Ledig (nie verheiratet)
		☐	Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft
		☐	Getrennt lebend
		☐	Geschieden
		☐	Verwitwet
		☐	Keine Angabe
10	Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐	kein Schulabschluss
		☐	Sonder-/Förderschule
		☐	Hauptschule
		☐	Realschule
		☐	Gymnasium/Vergleichbares
		☐	abgeschlossenes Studium
11	Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐	Keine abgeschlossene Berufsausbildung
		☐	Lehre/Ausbildung
		☐	Meister/Fachschule
		☐	Fachhochschule
		☐	Universität
		☐	Noch in Ausbildung/Studium
		☐	Andere _____
12	Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?	☐	Vollzeit
		☐	Teilzeit
		☐	In Elternzeit
		☐	Arbeitslos/arbeitssuchend
		☐	Hausfrau*mann/nicht berufstätig
		☐	Krank geschrieben/arbeitsunfähig
		☐	In Rente/Ruhestand
		☐	Anderes, und zwar _____

Muster

13	Wie lange sind Sie bereits in die onkologische Versorgung des Krebspatienten bzw. der Krebspatientin eingebunden?	☐	Bisher noch gar nicht
		☐	Weniger als 1 Jahr
		☐	1 bis 2 Jahre
		☐	3 bis 5 Jahre
		☐	Mehr als 5 Jahre
		☐	Seit der Erstdiagnose
14	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:	☐	Weiblich
		☐	Männlich
		☐	Divers
		☐	Keine Angabe
15	In welchem Jahr sind Sie geboren?	Jahr: _____	

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T1

für

Angehörige

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie den Unterstützungsbedarf betreffen, der durch die Pflege oder das Zusammenleben mit dem Krebspatienten bzw. der Krebspatientin entstanden ist. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft überhaupt nicht zu**	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft teilweise zu**	**Trifft eher zu**	**Trifft vollständig zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-7-10-_ _ _ _ Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Bitte geben Sie für jede Aussage auf den folgenden Seiten an, ob Sie durch die Pflege oder das Zusammenleben mit einem Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin einen Unterstützungsbedarf während des vergangenen Monats hatten. Achten Sie darauf, dass Sie die Frage hinsichtlich **Ihrer eigenen Erfahrungen als pflegende Person oder angehörige Person eines Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin** ausfüllen – nicht hinsichtlich dessen, was die Person mit der Krebserkrankung möglicherweise erlebt.

Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, ob Sie diesbezüglich ein Unterstützungsbedürfnis **im vergangenen Monat** hatten. Wenn Sie denken, dass diese Frage nicht für Ihre Situation zutrifft, dann kreuzen Sie bitte 1 („Habe hier kein Problem“) an.

Kein Bedürfnis nach Unterstützung	1	Habe hier kein Problem– Dies war für mich bei der Unterstützung des Krebspatienten kein Problem.
	2	Werde bereits unterstützt– Dabei habe ich Unterstützung benötigt, aber mein Unterstützungsbedarf war zu dieser Zeit erfüllt.
Bedürfnis nach Unterstützung	3	Gering – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte geringen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	4	Mittel – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte mittleren Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	5	Hoch – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte hohen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.

Muster

7	**Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.01	Erhalt von Informationen zu Ihren Bedürfnissen als Angehörige*r/Pflegende*r	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.02	Erhalt von Informationen über die Prognose der krebserkrankten Person	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.03	Erhalt von Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige/ Pflegende von Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.04	Erhalt von Information zu alternativen Therapiemöglichkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Fragebogennummer: 3-7-10-_ _ _ _

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.05	Erhalt von Information über körperliche Bedürftigkeiten des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.06	Erhalt von Information über Nutzen und Nebenwirkungen der Behandlungen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.07	Erhalt der bestmöglichen medizinischen Versorgung für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.08	Zugang zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.09	Einbindung in die Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.10	Möglichkeiten zum Besprechen von Sorgen mit dem Arzt bzw. der Ärztin	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.11	Vertrauen, dass die Ärzt*innen sich gegenseitig ausreichend absprechen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.12	Sicher sein zu können, dass alle Dienstleistungen ausreichend koordiniert werden	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.13	Eingehen auf Beschwerden bzgl. der Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.14	Die Verminderung der Belastung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.15	Die Beachtung meiner eigenen Gesundheit einschließlich Essen und Schlaf	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.16	Angemessene Behandlung der Schmerzen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.17	Ängste bzgl. der Verschlechterung des Zustandes des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.18	Erhalt von Information über Zeugungsfähigkeit/Fruchtbarkeit des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.19	Praktische Versorgungsaufgaben wie Baden, Wechsel von Verbänden oder Verabreichen von Medikamenten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.20	Parkmöglichkeiten am Krankenhaus	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.21	Anpassung an die Veränderungen im Leben/Berufsleben des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.22	Den Einfluss der Pflege des Krebskranken auf mein eigenes Leben/Berufsleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.23	Finanzielle/staatliche Unterstützungsmöglichkeiten für mich und/oder den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.24	Abschluss von Lebens- und/oder Reiseversicherungen für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.25	Zugang zu Rechtsberatung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.26	Kommunikation mit der Person, die ich pflege	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.27	Kommunikation mit der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.28	Mehr Unterstützung seitens der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.29	Austausch mit anderen Menschen, die Krebskranke versorgt haben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.30	Sprechen über die Krebsthematik im Privatleben oder bei der Arbeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.31	Die Bewältigung von Sorgen über ein Wiederauftreten der Erkrankung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.32	Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehung zum Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.33	Das Verstehen der Erfahrungen, die der Krebskranke macht	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.34	Den Ausgleich zwischen meinen Bedürfnissen und denen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.35	Mein Einstellen auf Veränderungen am Körper des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.36	Ansprechen der Probleme in meinem Sexualleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.37	Emotionale Unterstützung für mich selbst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.38	Emotionale Unterstützung für mir Nahestehende/meine Angehörigen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.39	Gefühle in Verbindung mit dem Gedanken an den Tod und an das Sterben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.40	Ausbleibende Anerkennung für meine Belastungen durch die Pflege eines Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.41	Genesung des Krebskranken nicht in erwarteter Weise	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.42	Das Treffen von Entscheidungen für mein Leben im Zustand der Ungewissheit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.43	Meine eigene Spiritualität/Glauben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.44	Das Finden von Sinn in der Erkrankung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.45	Möglichkeiten, an der Behandlungsentscheidung des Krebskranken beteiligt zu sein	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

(Unterstützungsbedarf: Deutsche Version des Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS P&C-G) Hartman & Sklenarova 2014.)

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T2
für
Angehörige

Muster

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie den Unterstützungsbedarf betreffen, der durch die Pflege oder das Zusammenleben mit dem Krebspatienten bzw. der Krebspatientin entstanden ist. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen, Empfindungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?	**Trifft überhaupt nicht zu**	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft teilweise zu**	**Trifft eher zu**	**Trifft vollständig zu**
So kreuzen Sie richtig an.	☐	☐	☐	☒	☐
So nehmen Sie Korrekturen vor.	☐	☐	☒	■	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-7-20-_ _ _ _	
	Pseudonym:	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr			

Abschnitt A:

Bitte geben Sie für jede Aussage auf den folgenden Seiten an, ob Sie durch die Pflege oder das Zusammenleben mit einem Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin einen Unterstützungsbedarf während des vergangenen Monats hatten. Achten Sie darauf, dass Sie die Frage hinsichtlich **Ihrer eigenen Erfahrungen als pflegende Person oder angehörige Person eines Krebspatienten bzw. einer Krebspatientin** ausfüllen – nicht hinsichtlich dessen, was die Person mit der Krebserkrankung möglicherweise erlebt.

Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, ob Sie diesbezüglich ein Unterstützungsbedürfnis **im vergangenen Monat** hatten. Wenn Sie denken, dass diese Frage nicht für Ihre Situation zutrifft, dann kreuzen Sie bitte 1 („Habe hier kein Problem“) an.

Kein Bedürfnis nach Unterstützung	1	Habe hier kein Problem– Dies war für mich bei der Unterstützung des Krebspatienten kein Problem.
	2	Werde bereits unterstützt– Dabei habe ich Unterstützung benötigt, aber mein Unterstützungsbedarf war zu dieser Zeit erfüllt.
Bedürfnis nach Unterstützung	3	Gering – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte geringen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	4	Mittel – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte mittleren Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	5	Hoch – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte hohen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.

Muster

7	**Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…**	**Kein Bedürfnis nach Unterstützung**		**Bedürfnis nach Unterstützung**		
		Habe hier kein Problem	**Werde bereits unterstützt**	**Gering**	**Mittel**	**Hoch**
7.01	Erhalt von Informationen zu Ihren Bedürfnissen als Angehörige*r/Pflegende*r	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.02	Erhalt von Informationen über die Prognose der krebserkrankten Person	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.03	Erhalt von Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige/ Pflegende von Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.04	Erhalt von Information zu alternativen Therapiemöglichkeiten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Fragebogennummer: 3-7-20-_ _ _ _

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.05	Erhalt von Information über körperliche Bedürftigkeiten des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.06	Erhalt von Information über Nutzen und Nebenwirkungen der Behandlungen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.07	Erhalt der bestmöglichen medizinischen Versorgung für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.08	Zugang zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.09	Einbindung in die Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.10	Möglichkeiten zum Besprechen von Sorgen mit dem Arzt bzw. der Ärztin	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.11	Vertrauen, dass die Ärzt*innen sich gegenseitig ausreichend absprechen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.12	Sicher sein zu können, dass alle Dienstleistungen ausreichend koordiniert werden	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.13	Eingehen auf Beschwerden bzgl. der Versorgung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.14	Die Verminderung der Belastung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.15	Die Beachtung meiner eigenen Gesundheit einschließlich Essen und Schlaf	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.16	Angemessene Behandlung der Schmerzen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.17	Ängste bzgl. der Verschlechterung des Zustandes des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.18	Erhalt von Information über Zeugungsfähigkeit/Fruchtbarkeit des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.19	Praktische Versorgungsaufgaben wie Baden, Wechsel von Verbänden oder Verabreichen von Medikamenten	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.20	Parkmöglichkeiten am Krankenhaus	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.21	Anpassung an die Veränderungen im Leben/Berufsleben des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.22	Den Einfluss der Pflege des Krebskranken auf mein eigenes Leben/Berufsleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.23	Finanzielle/staatliche Unterstützungsmöglichkeiten für mich und/oder den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.24	Abschluss von Lebens- und/oder Reiseversicherungen für den Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.25	Zugang zu Rechtsberatung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.26	Kommunikation mit der Person, die ich pflege	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.27	Kommunikation mit der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.28	Mehr Unterstützung seitens der Familie	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.29	Austausch mit anderen Menschen, die Krebskranke versorgt haben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.30	Sprechen über die Krebsthematik im Privatleben oder bei der Arbeit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.31	Die Bewältigung von Sorgen über ein Wiederauftreten der Erkrankung	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.32	Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehung zum Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.33	Das Verstehen der Erfahrungen, die der Krebskranke macht	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.34	Den Ausgleich zwischen meinen Bedürfnissen und denen des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.35	Mein Einstellen auf Veränderungen am Körper des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.36	Ansprechen der Probleme in meinem Sexualleben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.37	Emotionale Unterstützung für mich selbst	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.38	Emotionale Unterstützung für mir Nahestehende/meine Angehörigen	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.39	Gefühle in Verbindung mit dem Gedanken an den Tod und an das Sterben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.40	Ausbleibende Anerkennung für meine Belastungen durch die Pflege eines Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Muster

	Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf…	Kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
		Habe hier kein Problem	Werde bereits unterstützt	Gering	Mittel	Hoch
7.41	Genesung des Krebskranken nicht in erwarteter Weise	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.42	Das Treffen von Entscheidungen für mein Leben im Zustand der Ungewissheit	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.43	Meine eigene Spiritualität/Glauben	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.44	Das Finden von Sinn in der Erkrankung des Krebskranken	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.45	Möglichkeiten, an der Behandlungsentscheidung des Krebskranken beteiligt zu sein	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

(Unterstützungsbedarf: Deutsche Version des Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS P&C-G) Hartman & Sklenarova 2014.)

8 **Was haben Sie in der onkologischen Betreuung Ihrer bzw. Ihres Angehörigen bisher vermisst?**

_____

_____

_____

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Evaluationskonzept OnCoPaTh

Stand 06.04.2023 Version 4.5

Inhaltsverzeichnis

1 Evaluierende Institutionen ... 2

2 Übergeordnete Ziele der Intervention ... 2

3 Inhalte der neuen Versorgungsform ... 3

3.1 Fortbildung OncoCoach ... 4

3.2 Dokumentationsmodul (App) ... 6

3.3 Wissensdatenbank ... 7

3.4 Implementierungsprogramm ... 9

4. Zugrundeliegendes Wirkmodell der Intervention ... 13

5. Ziele und Fragestellungen der Evaluation ... 15

6. Rekrutierung ... 17

6.1 Rekrutierung der onkologischen Institutionen ... 17

6.2 Rekrutierung der Patienten ... 19

7. Grundlegende Methodik zu Fragestellung 1 ... 19

7.1 Zielparameter ... 20

7.2 Statistische Analyse ... 21

7.3 Fallzahl/Stichprobengröße ... 21

8. Grundlegende Methodik zu Fragestellung 2 ... 22

8.1 Rekrutierung der Versicherten in den Institutionen und Einschlusskriterien ... 24

8.2 Zielgrößen der C-RCT ... 24

8.3 Datenerhebung ... 31

8.4 Fallzahl/Stichprobengröße der C-RCT ... 32

8.5 Patientenverfügbarkeit ... 36

8.6 Auswertung ... 36

8.7 Qualitätssicherung ... 37

Literatur ... 38

1 Evaluierende Institutionen

Die Evaluation des geplanten Vorhabens wird durch ein interdisziplinär zusammengesetztes Konsortium übernommen, welches sich aus den nachfolgend aufgeführten Institutionen zusammensetzt:

- Arbeitsgruppe Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluation des Bergischen Kompetenzzentrums für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung (Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu) der Bergischen Universität Wuppertal. Das BKG besitzt Erfahrungen in der Durchführung von Evaluationsstudien zur Bewertung komplexer Interventionen, vor allem in praxisnahen Versorgungssettings, und wird die durch bisherige Projekte gewonnene methodische Expertise einbringen. Das BKG wird im Vorhaben die Evaluation koordinieren.
- Die PMV forschungsgruppe der Universität zu Köln hat langjährige Erfahrung in den Analysen von GKV-Routinedaten zu unterschiedlichen inhaltlichen Fragestellungen und Zielsetzungen, von Versorgungsforschung über Evaluation bis Kostenanalysen. Die Expertise der Forschungsgruppe umfasst ebenfalls das Datenmanagement und das Linkage mit Primär- und anderen Daten. Über den wissenschaftlichen Mitarbeiter und Forschungskoordinator der Gruppe, Ingo Meyer, besteht ebenfalls langjährige Erfahrung in der Durchführung von sozio-ökonomischen Impact Assessments für die Nachhaltigkeitsplanung.
- Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) GmbH: Das WINHO bringt langjährige Erfahrung in der Durchführung von Projekten in onkologischen Schwerpunktpraxen, wie z.B. der Patients Competence in Oral Cancer Therapy (PACOCT) Studie, Befragungen von Patienten[1], Praxispersonal und Ärzten sowie fundierte Kenntnisse des Qualitätsmanagements, der Versorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie in die Evaluation ein.

Das WINHO war mit anderen Partnern (BNHO, LÄK Hessen, ÄK Westfalen-Lippe) an der Entwicklung des Schulungscurriculums „strukturierte Aufbaufortbildung in der Onkologie für MFA“ beteiligt, das für den „OncoCoach“ eingesetzt wird.

2 Übergeordnete Ziele der Intervention

Die neue Versorgungsform hat zum Ziel, die patientenzentrierte Versorgung onkologischer Patienten durch den Einsatz speziell qualifizierter onkologischer Fachassistenten

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

(OncoCoaches) und einer standardisierten frühen Integration der palliativen Pflege zu verbessern. Konkret sollen die nachfolgend benannten Ziele erreicht werden:

- Vorbeugendes Krisenmanagement und Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte,
- Aufgreifen bestehender Informationsbedürfnisse auf Seiten der Patienten und Angehörigen, deren Beratung und Anleitung
- Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Erhöhung von Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen,
- Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation und Abläufe im sektor- bzw. / organisationsübergreifenden Behandlungsteam.

Dies soll erreicht werden durch:

- Fachlich qualifizierte Informationen (digital und persönlich) durch lösungsorientierte Gesprächsführung und Patientenaktivierung,
- Schaffung von Informations- und Managementkontinuität in der Versorgung,
- Frühzeitige Integration der Palliativversorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung.

3 Inhalte der neuen Versorgungsform

Wie in Kapitel 4 des Antragsformulars ausführlich beschrieben, sieht die neue Versorgungsform OnCoPaTh vor, dass der Onkologe bestimmte Leistungen an den OncoCoach (OC) delegiert, die in separaten Gesprächsterminen mit den Patienten ausgeführt werden. Die Erkenntnisse aus den Gesprächen meldet der OC an den Arzt für die weitere gemeinsame Behandlungsentscheidung zurück. Darüber hinaus kooperiert der OC bei Einverständnis des Patienten mit einer konsiliartätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP). OC und KoPP führen regelmäßig Konsile durch, in denen ein Austausch über den Patienten stattfindet. Die Ergebnisse der Konsile werden durch den OC an den Arzt zurückgespielt. Die Gespräche werden in einem browserbasierten Dokumentationsmodul (App) dokumentiert, so dass ein Zugriff auf die patientenrelevanten Informationen durch Arzt, OC und KoPP in Echtzeit und eine Kontrolle der geplanten Prozessabläufe in der Intervention erfolgen kann. Darüber hinaus ist der OC zuständig für die Koordination und Abstimmung mit den weiteren Versorgern, insbesondere den Hausärzten, sowie zusammen mit der KoPP für die Beratung über Komplementäre und Alternative Medizinische Versorgungsmöglichkeiten (KAM).

3.1 Fortbildung OncoCoach

Für die Tätigkeit als OncoCoach werden MFA/Pflegekräfte in den onkologischen Institutionen (d.h. Praxen/Zentren/Klinikambulanzen) geschult. Die Schulung zum OncoCoach erfolgt in Gruppen mit bis zu 30 Teilnehmern.

Zielsetzung der Fortbildung

Aufbauend auf die Fortbildung „Onkologie“ für MFA und Pflegekräfte, soll die Fortbildung „OncoCoach“ dazu beitragen, eine verlässliche und qualitätsorientierte Qualifizierung von onkologischen Fachkräften in der onkologischen Versorgung zu schaffen. Durch neue Therapieverfahren und komplexere Therapiekonzepte besteht ein stark wachsender Bedarf an onkologisch qualifiziertem Personal, sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Versorgung. Moderne orale Therapien bedingen neue Indikationsbereiche und Therapielinien, stellen aber auch höhere Anforderungen an die Patientenautonomie. Besonders in der ambulanten onkologischen Versorgung können die neuen Therapien ihren Nutzen nur entfalten, wenn begleitende Hilfe für den Alltag organisiert wird und sich die Versorgung der Patienten an ihren psychischen und sozialen Bedingungen orientiert.

Um die Fachärzte bei delegationsfähigen Leistungen zu entlasten und zu unterstützen ist es wichtig, neue Betreuungskonzepte zu entwickeln und MFA oder Pflegekräfte entsprechend zu qualifizieren, damit sie in Zukunft weitergehende, anspruchsvolle Betreuungsaufgaben übernehmen können.

Die innovative Fortbildung OncoCoach richtet sich an MFA und Pflegekräfte mit fundierten Kenntnissen im Bereich der onkologischen Versorgung und Patientenbetreuung und greift Themen auf, die durch die Fortbildung „Onkologie“ nicht in der Tiefe vermittelt werden können.

Am Ende der Fortbildung wird nach einer Lernkontrolle die erfolgreiche Teilnahme mit einem Zertifikat bestätigt.

Die Fortbildung OncoCoach ist in Anlehnung an das Curriculum „Strukturierte Aufbaumodule „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte (MFA)“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Landesärztekammer Hessen, dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO) und dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH (WINHO) konzipiert.

Handlungskompetenzen

Die Kursteilnehmer sollen ihre Kompetenzen zur verbesserten Betreuung und Versorgung von onkologischen Patienten erweitern und damit befähigt werden, im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen im therapeutischen Team folgende Tätigkeiten auszuführen:

- Schulungs- und Beratungsaufgaben für Krebspatienten situations- und patientengerecht planen, durchführen und nach standardisierten Vorgaben bewerten,
- Unterstützung der Fachärzte bei Vorbereitung, Durchführung und Überwachung komplexer onkologischer Therapien (subkutan, oral, multimodal),
- Coaching von Patienten durch Angebote zur Selbsthilfe und als Ansprechpartner,
- Qualitätssicherung und Good Clinical Practice (GCP) in der ambulanten Onkologie,
- Recherche fachlicher Informationen über medikamentöse Krebstherapie,
- Begleitung wissenschaftlicher Studien in der Onkologie,
- Reflexion und Bewertung des eigenen Verantwortungsbereichs im Team und
- Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei psychoonkologischen Belastungen.

Aufbau der Fortbildung

Die Fortbildung OncoCoach wird als Basis- und als Fortgeschrittenen-Kurs mit jeweils 51 Unterrichtseinheiten gehalten. Die Kurse finden an insgesamt acht Wochenenden (vier Basis-Kurse, vier Fortgeschrittenen-Kurse) statt.

Die Fortbildung ist aus drei thematischen Modulen aufgebaut, die jeweils als Basis- und als Fortgeschrittenen-Kurs unterrichtet werden:

1. Patienten-Coaching und Patienten-Edukation im Rahmen subkutaner, oraler und multimodaler Therapien (34 Unterrichtseinheiten, UE)
2. Qualitätsmanagement und Good Clinical Practice in der onkologischen Praxis (5 UE)
3. Psychoonkologie (12 UE)

Im Basis-Kurs werden die Grundlagen der oben genannten Themen unterrichtet. Im Fortgeschrittenen-Kurs werden die Themen aufbauend auf dem Basis-Kurs vertieft und weitere aktuelle Themen wie Immuntherapie, Supportivtherapie, Palliative Versorgung, Notfallmanagement, Reanimationstraining und digitales Patiententagebuch (Cankado) integriert.

Organisatorische Details

Ziel ist es, dass aus jeder Einrichtung mindestens 2 OncoCoaches geschult werden. Die Schulung eines dritten OncoCoaches ist möglich und sinnvoll, um möglichen Kündigungen und Ausfällen vorzubeugen. Für die zu erwartenden ca. 60 OncoCoaches wurden 2 komplette Kurse geplant und durchgeführt. Die Kurse sollten zunächst als Präsenzveranstaltungen stattfinden, sind aber Corona-bedingt auf ein komplett virtuelles Format angepasst worden. Aufgrund zahlreicher Kündigungen, neu rekrutierter Zentren und in Erwartung von zahlreichen krankheitsbedingten Ausfällen in den Corona-Wellen, haben wir 2021 einen dritten Kurs angeboten. Durch diesen sollte sichergestellt werden, dass möglichst alle Zentren genügend

OncoCoaches zur Verfügung haben, um ohne Unterbrechung die Versorgungsleistungen in der C-RCT anbieten zu können.

3.2 Dokumentationsmodul (App)

Für die OncoCoaches und konsiliartätigen Palliativpflegefachkräfte der Interventionsgruppe wird durch die eHealth-Tec Innovations GmbH (nachfolgend eHealth-Tec, vor Namensänderung Clinpath GmbH) eine Software-Anwendung entwickelt, die in erster Linie die Prozesstreue im Rahmen der Versorgung unterstützen soll und gleichzeitig Dokumentationstool für die Anwender ist. Sie basiert auf einem spezifischen Datenmodell wie auf einem spezifischen Nutzer- und Rollenmodell. Dazu nutzt eHealth-Tec die bereits entwickelte Basistechnologie der Pfad-Dokumentations-Software. Die Prozesse werden im Projekt durch die Akteure definiert, in die Sprache BPMN (Business-Process-Modelling Notation) übersetzt und dann in die Bestands-Software eingelesen. Daraus werden Pfad-Prozess-Checklisten abgeleitet, die für die Dokumentation und die Behandlungsplanung eingeplant werden können.

Jeder Patient wird separat über zur Verfügung gestellte Tablets dokumentiert. Die Software leitet die Anwender über aus den definierten Prozessen generierte Checklisten durch den für OnCoPaTh festgelegten Behandlungspfad. Automatisierte Erinnerungen zeigen den Anwendern an, wenn z. B. Folgegespräche für Patienten anstehen oder Fragebögen verschickt werden müssen. Hierdurch gewährleistet die App, dass die für die Interventionsgruppe OnCoPaTh definierten Prozesse zuverlässig eingehalten werden. Das System ist browserbasiert und speichert Daten (unter Einhaltung aller Datenschutzvorschriften) auf einen zentralen Server, so dass OncoCoach und konsiliartätige Palliativpflegefachkraft immer Zugriff auf die aktuellen Dokumentationen haben. Hinweise in der App weisen z. B. den OC darauf hin, dass die KoPP ein Erst- oder Folgegespräch mit dem Patienten geführt und dokumentiert hat.

Darüber hinaus hat die Anwendung eine wichtige Funktion für den klinischen Monitor. Sie ermöglicht ihm die tagesaktuelle Überprüfung der Fallzahlerreichung und der erbrachten Leistungen pro teilnehmende Institution bzw. KoPP. Dadurch kann er seiner Kontrollfunktion nachkommen und insbesondere den Stand der Leistungserbringung automatisiert abrufen und damit die Honorierung der Leistungserbringer durchführen.

Die Entscheidung für eine browserbasierte und gegen eine native App beruht auf der Erkenntnis, dass in B2B-Anwendungen den Anwendern eine Investitionssicherheit und -flexibilität gegeben werden muss. In einer browserbasierten, responsiven App sind die Anwender bei der Wahl ihrer Hardware weitgehend flexibel, können in großem Umfang bestehende Hardware einsetzen und besitzen Planungssicherheit. Bei nativen Apps ist dies nicht gegeben, da eine Abhängigkeit von den Plattformbetreibern besteht und

Weiterentwicklungen parallel für mehrere Systeme synchronisiert durchgeführt werden müssen. Browserbasierte, responsive Apps sind daher im Projekt OnCoPaTh das Mittel der Wahl. Hier kann eHealth-Tec auf jahrelange Erfahrung zurückgreifen, da die am Markt etablierten Produkte allesamt auf browserbasierten Anwendungen basieren und medizinischen Prozessoptimierungen dienen (Bsp. Notaufnahme & Informationssystem ERPAth).

Die Entwicklung der App erfolgt individuell und spezifisch für OnCoPaTh. Es muss ein neues Daten-, Nutzer- und Rollenmodell entwickelt werden, ebenso ein Sicherheitskonzept. Die Datenschutzgrundverordnung muss dabei ebenso berücksichtigt werden wie auch Persönlichkeitsrechte, Statusänderungen und ganz zentral Sicherheitsfragen zur Vermeidung unerlaubter Zugriffe.

Es wurden aber durch eHealth-Tec vergleichbare Projekte vielfach erfolgreich umgesetzt, so dass in allen Aufgabenfeldern auf Kompetenzen und Erfahrungen aus anderen Projekten zurückgegriffen werden kann. Insbesondere zum Thema Datenschutz besitzt die Firma umfassende Erfahrungen.

3.3 Wissensdatenbank

Die Wissensdatenbank über Komplementäre und Alternative Medizin (KAM) wird durch die Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (AG PRIO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) exklusiv für das Projekt OnCoPaTh erstellt. Sie wird eine umfassende Informationsgrundlage über für die in Deutschland von Patienten mit einer Krebserkrankung am häufigsten verwendeten Methoden der Komplementären und Alternativen Medizin bieten. Dies umfasst die Themenbereiche Vitamine, sekundäre Pflanzenstoffe, Phytotherapeutika, Alternative Medizin, holistische Systeme, Mind-Body-Therapien und sog. Krebsdiäten.

Alle Gesundheitsinformationen werden umfassend und evidenzbasiert aufgearbeitet. Die inhaltliche Qualität wird durch eine systematische Recherche der einzelnen Themen mit nachfolgender Informationsextraktion und Aufarbeitung gewährleistet. Die formale Qualität wird durch zielgruppengerechte Anpassung der Texte hinsichtlich Form und Struktur der Texte durch Anwendung von Lesbarkeitstests (insbesondere „Wiener-Sachtext-Formel“) gewährleistet. Zudem werden die Informationen durch regelmäßige Aktualisierungen auf dem neusten formalen und inhaltlichen Stand gehalten. Zusätzlich werden von Nutzern in datenschutzkonformer Art und Weise Aufrufe der Wissensdatenbank mit Zeitstempel und Nutzerart pro aufgerufenem Text geloggt. Diese Daten werden zum einen den Evaluatoren per csv-Datei zur Verfügung gestellt und zum anderen fließen diese Erkenntnisse in den Aktualisierungsprozess der Wissensdatenbank mit ein.

Analog zu den Überlegungen bezüglich des Dokumentationsmoduls wird die Datenbank als webbasierte Anwendung zur Verfügung stehen, wodurch ein kontinuierlicher Zugang zu den Informationen gewährleistet wird. Das Design der Datenbank inklusive User-Navigation werden anhand der Bedarfe der adressierten Zielgruppen ausgerichtet. Hierfür wird zum einen auf Erfahrungen und Projekte der AG PRIO im Umgang mit diversen Gruppen (vor allem medizinische Dienstleister und medizinische Laien) zurückgegriffen und zum anderen werden hierfür Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen genutzt. Ferner wird eine intuitive Bedienbarkeit durch Usability-Tests überprüft. Eine Anbindung der Wissensdatenbank über KAM an das Dokumentationsmodul ist vorgesehen, was die Nutzerfreundlichkeit zusätzlich erhöhen wird.

Die Wissensdatenbank über KAM adressiert zwei Zielgruppen, weshalb alle Gesundheitsinformationen in zwei unterschiedlichen Versionen entstehen werden, die jedoch inhaltlich die gleiche wissenschaftliche Grundlage haben resp. sich auf die gleichen Studien beziehen werden. Die erste Zielgruppe sind onkologische Patienten, bei denen es sich in der Regel um medizinische Laien handelt. Deswegen werden die Informationen für diese Gruppe speziell an die Bedürfnisse von medizinischen Laien angepasst. Wichtig sind hierbei der Fokus auf patientenrelevante Endpunkte sowie der Einsatz einer laienverständlichen Sprache und Risikodarstellung. Zudem werden Kriterien qualitätsgesicherter Gesundheitsinformationen (insbesondere „DISCERN“, „HONCode“ und „Gute Praxis Gesundheitsinformation“) angewendet [1–3]. Die zweite Zielgruppe ist medizinisches Fachpersonal und betrifft somit OC und KoPP gleichermaßen. Auch bei dieser Zielgruppe werden die Informationen zielgruppengerecht aufgearbeitet. Da bei dieser Gruppe aber umfangreiche medizinische Kenntnisse vorliegen, wird sprachlich und didaktisch eine deutlich wissenschaftlichere Aufarbeitung der Inhalte erfolgen. Hinsichtlich der Darstellung werden alle Texte grundsätzlich in einer neutralen Sprache verfasst. Aggravation oder Bagatellisierungen kommen nicht zum Einsatz. Da eine passive Informationsvermittlung durch die KAM-Datenbank vorgesehen ist, werden keine Bewertungen oder Handlungsempfehlungen beschrieben.

Die Entwicklung dieser Wissensdatenbank erfolgt individuell und spezifisch für OnCoPaTh, weshalb parallel zu der Entwicklung der Wissensinhalte pro Zielgruppe ein eigenes Daten-, Nutzer- und Rollenmodell entwickelt werden wird. Der Umgang mit personenbezogenen Daten wird gemäß Datenschutzkonzept erfolgen, welches von den Konsortialpartnern abgestimmt werden wird.

Da die Informationsgrundlage für beide Zielgruppen identisch und lediglich die sprachlich-didaktische Aufarbeitung unterschiedlich sein wird, stellt die Wissensdatenbank eine wichtige kommunikative Brücke im Zuge der Tätigkeit von OC bzw. KoPP und Patienten dar. So resultiert durch die Nutzung der KAM-Datenbank eine Verbesserung der Patienten-Behandler-

Kommunikation. Darüber hinaus werden auf Patientenseite durch die jederzeit mögliche Eigenrecherche die Selbstmanagementfähigkeiten, die Selbstwirksamkeit und die individuelle Gesundheitskompetenz gefördert. Auf Seiten von OC und KoPP können in der Datenbank evidenzbasierte Empfehlungen recherchiert und ausgesprochen werden. So verbessert sich seitens OC und KoPP, aber auch auf Seiten des Patienten das Wissen um einzelne Verfahren, was die Sicherheit der jeweiligen Anwendung erhöht und generell die aktive Teilhabe an der Therapie fördert. Durch die Förderung der aktiven Partizipation an der onkologischen Therapie wird zusätzlich das onkologische Outcome unterstützt, was darüber hinaus zu einem besseren Vertrauensverhältnis zwischen Patient und medizinischen Fachpersonal führt. Parallel wird durch die gemeinsame Informationsgrundlage der iterative Prozess der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung zwischen Behandlern und Patienten resp. die informierte Entscheidung von Patienten hinsichtlich unterstützender Maßnahmen maximal gefördert.

3.4 Implementierungsprogramm

Vergleichsgruppe I:

Vor dem Studienbeginn mit dem Einschluss der Patienten für die Vergleichsgruppe I werden alle 30-36 teilnehmenden Institutionen auf die Abläufe und Inhalte der Studienphase I (VG I) und die entsprechende Patientendokumentation geschult. Diese Schulungen werden aufgrund der aktuellen Pandemie-Situation entweder als Webinar oder falls die Einrichtung es wünscht explizit wünscht als Präsenz-Veranstaltung von den Mitarbeitern des Konsortialführers AKS durchgeführt. Diese Umstellung ist kostenneutral und wirkt sich lediglich kostensparend auf die beantragten Reisekosten aus.

Studienphase (C-RCT):

Nach der Fortbildung zum OncoCoach und vor dem Start der C-RCT erfolgt eine viermonatige Implementierungsphase, in der die teilnehmenden onkologischen Institutionen und die Palliativpflegefachkräfte auf die Studiendurchführung (C-RCT) vorbereitet werden (siehe Abbildung 1).

Für die Implementierung ist zwischen folgenden Projektteilnehmern zu unterscheiden:

1. Institutionen der Vergleichsgruppe II
2. Institutionen der Interventionsgruppe
3. Palliativpflegefachkräfte der VG II
4. Konsiliarisch tätige Pflegefachpersonen (KoPP) der IG

<u>Institutionen der Vergleichsgruppe II</u>

Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe II sind durch die Fortbildung zum OncoCoach grundsätzlich in die Lage versetzt worden, den OncoCoach wirksam in ihren Einrichtungen zu etablieren.

Darüber hinaus werden zu Beginn der Implementierungsphase alle Projektteilnehmer der Vergleichsgruppe II (Ärzte und OncoCoaches) im Rahmen einer Einführungsschulung über die relevanten Aspekte der C-RCT informiert und darauf vorbereitet, welche Prozesse nötig sind, um den OncoCoach effektiv einzusetzen. Auch die Kontaktinformationen zu den am Projekt beteiligten Palliativpflegediensten werden übermittelt. Die entsprechende Umsetzung erfolgt in den Institutionen eigenverantwortlich. Es liegt in der Verantwortung der Einrichtungen, die internen Prozesse an die Anforderungen anzupassen, um den OncoCoach wirksam im Praxisalltag zu etablieren. Für Fragen steht das Projektteam des AKS und der DMMP zur Verfügung.

Aufgrund der aktuellen Pandemie-Situation planen wir auch diese Einführungsschulungen zunächst virtuell mit individuellen Terminen für jede Einrichtung. Durchgeführt werden sie durch Projektmitglieder des AKS und der DMMP. Die technischen Voraussetzungen hierfür wurden bereits durch die Umstellung der OncoCoach Fortbildung auf Webinar-Format geschaffen (Änderungsantrag vom 28.07.). Nutzbar für die Webinare sind die Systeme Microsoft Teams und Zoom, für die bereits Lizenzen vorliegen. Die Umstellungen auf Webinar-Format sind somit grundsätzlich kostenneutral. Vielmehr werden die Sonstigen Reisekosten beim Konsortialführer und bei DMMP geringer ausfallen, wenn auf Webinar umgestellt wird. Die Höhe der Einsparungen ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorhersehbar, weil noch nicht abschätzbar ist, wie viele Zentren dennoch Präsenzveranstaltungen wünschen. Dies wird auch von der Pandemieentwicklung abhängen.

<u>Institutionen der Interventionsgruppe OnCoPaTh</u>

Die Institutionen der OnCoPaTh-Gruppe nehmen an einem strukturierten Implementierungsprogramm teil. Angeboten werden:

1. Einführungsschulungen
2. Implementierungs-Workshops
3. Individuelle Nachbetreuung

Aufgrund der aktuellen Pandemie-Situation werden die Einführungsschulungen als virtuelle Veranstaltungen geplant, in Analogie zu den Ausführungen bei der VG II. Auf speziellen Wunsch oder bei mangelhafter technischer Ausstattung/Internetverbindung werden auch Präsenzveranstaltungen durchgeführt. Präsenzschulungen in Gruppen mit Teilnehmern

mehrerer Kliniken werden ausgeschlossen. Die Implementierungs-Workshops sind als Präsenzveranstaltungen geplant.

1. Einführungsschulungen (3-stündig)

Zu Beginn des Implementierungsprozesses werden die teilnehmenden Institutionen durch Mitarbeiter des AKS und der DMMP auf die grundlegenden Projektinhalte und -prozesse geschult. Hierzu gehört neben allen Details zur Leistungserbringung auch die Abrechnung der Leistungen mit dem Konsortialführer. Außerdem schulen Mitarbeiter des DKG (Wissensdatenbank) und von eHealth-Tec (Dokumentations-App) die elektronischen Anwendungen. Nach den Einführungsveranstaltungen kennen die Teilnehmer die Projektinhalte, wissen, was sie für die nachfolgenden Implementierungs-Workshops vorzubereiten haben, und kennen den Zeitplan bis Interventionsstart sowie darüber hinaus.

2. Implementierungs-Workshops mit den Institutionen (3-stündig)

In diesen Workshops werden die Institutionen vertiefend auf die notwendigen Prozesse geschult. Vorlagen für Checklisten, standardisierte Dokumentationsvorlagen sowie vorstrukturierte Betreuungspfade, werden an die internen Strukturen und Prozesse individuell angepasst, allerdings unter der Vorgabe, dass die obligaten Abläufe eingehalten werden. Bei Bedarf wird bei der Anpassung der internen QM-Unterlagen unterstützt.

Die Implementierungs-Workshops werden durch Projektmanager der DMMP durchgeführt. Der Implementierungsplan sieht vor, dass die Implementierungs-Workshops in möglichst kurzer Zeitabfolge nach den Gruppenschulungen der IG durchgeführt werden.

Zu diesen Workshops werden zeitweise auch die regional kooperierenden Palliativpflegefachkräfte eingeladen. Ziel ist es dabei, die Interdisziplinarität zwischen den teilnehmenden Institutionen und den Palliativpflegefachkräften zu fördern und eventuelle bestehende Kommunikationsbarrieren frühzeitig abzubauen.

Vorzugsweise finden diese Workshops als Präsenzveranstaltung statt. Sollte die Pandemie-Situation es nicht zulassen, können die Workshops auch als digitale Workshops durchgeführt werden, ohne dass es Auswirkungen auf die Zielsetzung der Veranstaltungen hat.

3. Individuelle Nachbetreuung

Nach Durchführung der Implementierungs-Workshops haben die Institutionen noch Zeit, um notwendige Vorbereitungen und Prozess-Anpassungen durchzuführen. Für individuelle Nachschulungen oder notwendige Folge-Workshops stehen fest zugeteilte Projektmitarbeiter von AKS, DMMP, DKG und eHealth-Tec zur Verfügung. Der AKS unterstützt bei wissenschaftlichen bzw. behandlungsrelevanten Fragestellungen, DMMP, DKG und eHealth-Tec bezüglich Prozessabläufen, Technik-Unterstützung und Einhaltung der Zeitplanung.

Außerdem werden individuelle Trainings zum OC-Erstgespräch angeboten. Mit allen Institutionen werden zur Qualitätssicherung bis zum Interventionsende halbjährliche Review-Meetings vereinbart, in denen der Projektverlauf in der Institution überprüft wird. Auch diese Veranstaltungen können bei Bedarf kostenneutral auf digitale Formate umgestellt werden.

Palliativpflegefachkräfte der VG II:

Die den VG II-Zentren zugeordneten Palliativpflegefachkräfte erhalten eine 3-stündige Schulung, in der sie auf die Inhalte der Studie geschult werden, einschließlich der Schulung des eCRF.

Konsiliarisch tätige Pflegefachpersonen (KoPP) der IG:

Die konsiliartätige Palliativpflegefachperson (KoPP) der IG werden in einer Gruppenschulung (6-stündig) auf die Projektinhalte vorbereitet. Zudem lernen sich OncoCoach und KoPP im Rahmen der Implementierungs-Workshops kennen. Der Schwerpunkt liegt auf den Projektinhalten und den entsprechenden Prozessen und Zeitplänen. Insbesondere die Prozesse zur Zusammenarbeit mit dem OncoCoach und der Umgang mit der App werden geschult. Gerade die Erstgespräche mit den Patienten und der Austausch mit dem OncoCoach im Rahmen der Konsile soll auf Basis strukturierter inhaltlicher Vorgaben erfolgen.

Die Schulung wird durch die Projektmitarbeiter von AKS, SAPV-Fachverband und DMMP unter Mithilfe von DKG und eHealth-Tec durchgeführt. Auch den Palliativpflegefachpersonen werden individuelle Nachschulungen durch fest zugeteilte Ansprechpartner angeboten. Mögliche Umstellungen auf Webinar-Formate sind auch hier möglich.

Der Workshop in den onkologischen Institutionen mit den OncoCoaches entspricht den oben geschilderten Inhalten.

Die KoPP nehmen außerdem vierteljährlich an gemeinsamen Qualitätszirkeln teil.

Abbildung 1: Inhalte Implementierungsprogramm



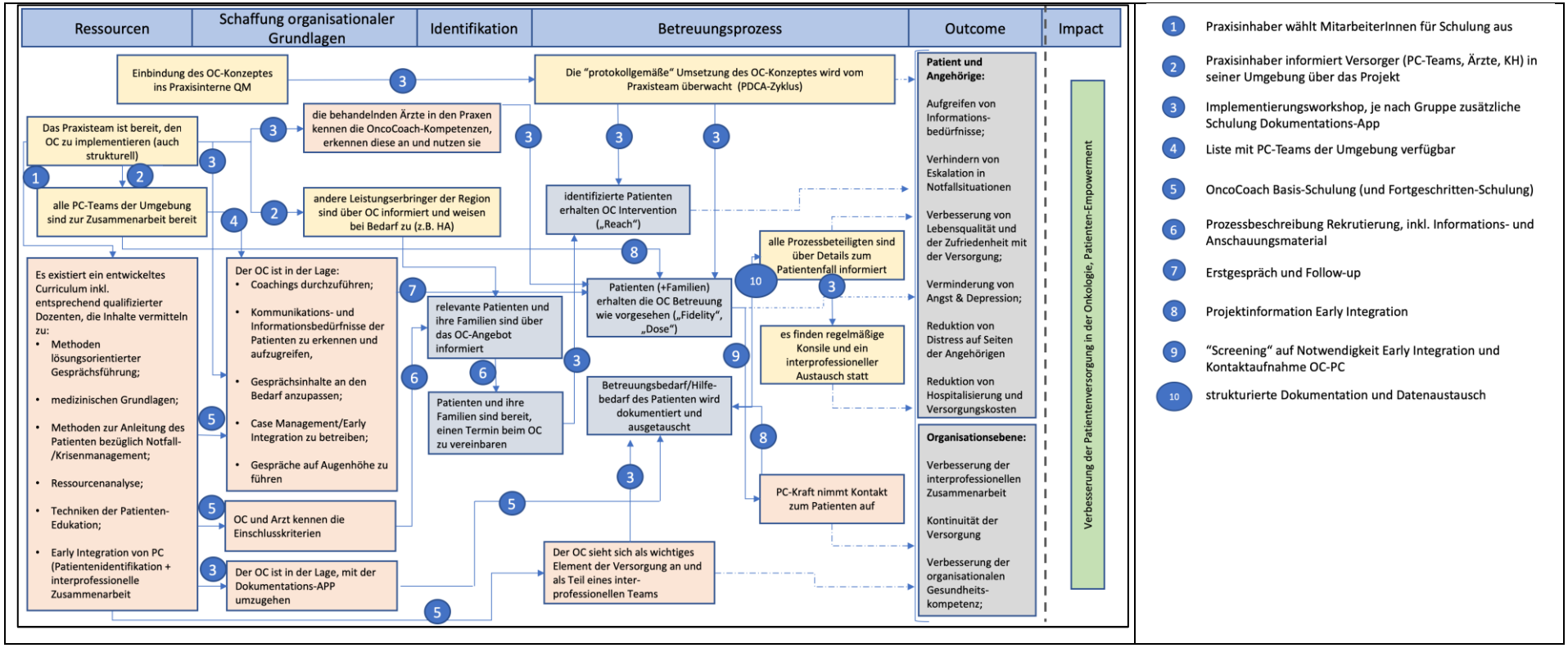
4 Zugrundeliegendes Wirkmodell der Intervention

Der neuen Versorgungsform (nVF) liegt das in Abbildung 2 dargestellte Wirkmodell zugrunde. Es fasst zusammen, welche Voraussetzungen auf der Patienten-, Organisations- und regionalen Ebene gegeben sein müssen, um die unter Punkt 2 benannte Zielsetzung der nVF zu erreichen.

Das Wirkmodell bildet gleichzeitig die Basis für das Evaluationskonzept, welches in seinem formativen Teil die in Abbildung 2 beschriebenen Voraussetzungen sowie das Zusammenwirken dieser erörtert.

Die summative Evaluation untersucht, ob die nVF wirksam ist, um die formulierten Outcomes zu erreichen. Dabei leiten zwei primäre Fragestellungen die Evaluation, welche in Kapitel 5 dargelegt werden.

Abbildung 2: Wirkmodell der nVF



5 Ziele und Fragestellungen der Evaluation

Übergeordnetes Ziel der Evaluation ist es aufzuzeigen, ob die aus dem Vorhaben resultierende neue Versorgungsform „OnCoPaTh“ zu einer Weiterentwicklung sowohl der deutschlandweiten Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, als auch zu der in der Untersuchungsregion schon teilweise etablierten Versorgung mit dem „OncoCoach“ beitragen kann. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse erlangt werden, die eine spätere Übertragung der neuen Versorgungsform in die Routineversorgung unterstützen.

Diese übergeordnete Zielsetzung wird im Rahmen eines Mixed Methods-Ansatzes in zwei partikularen Fragestellungen mit jeweils unterschiedlichen Vorgehensweisen aufgeteilt, deren jeweilige Ausgangsbasis die an diesem Projekt teilnehmenden onkologischen Institutionen darstellen.

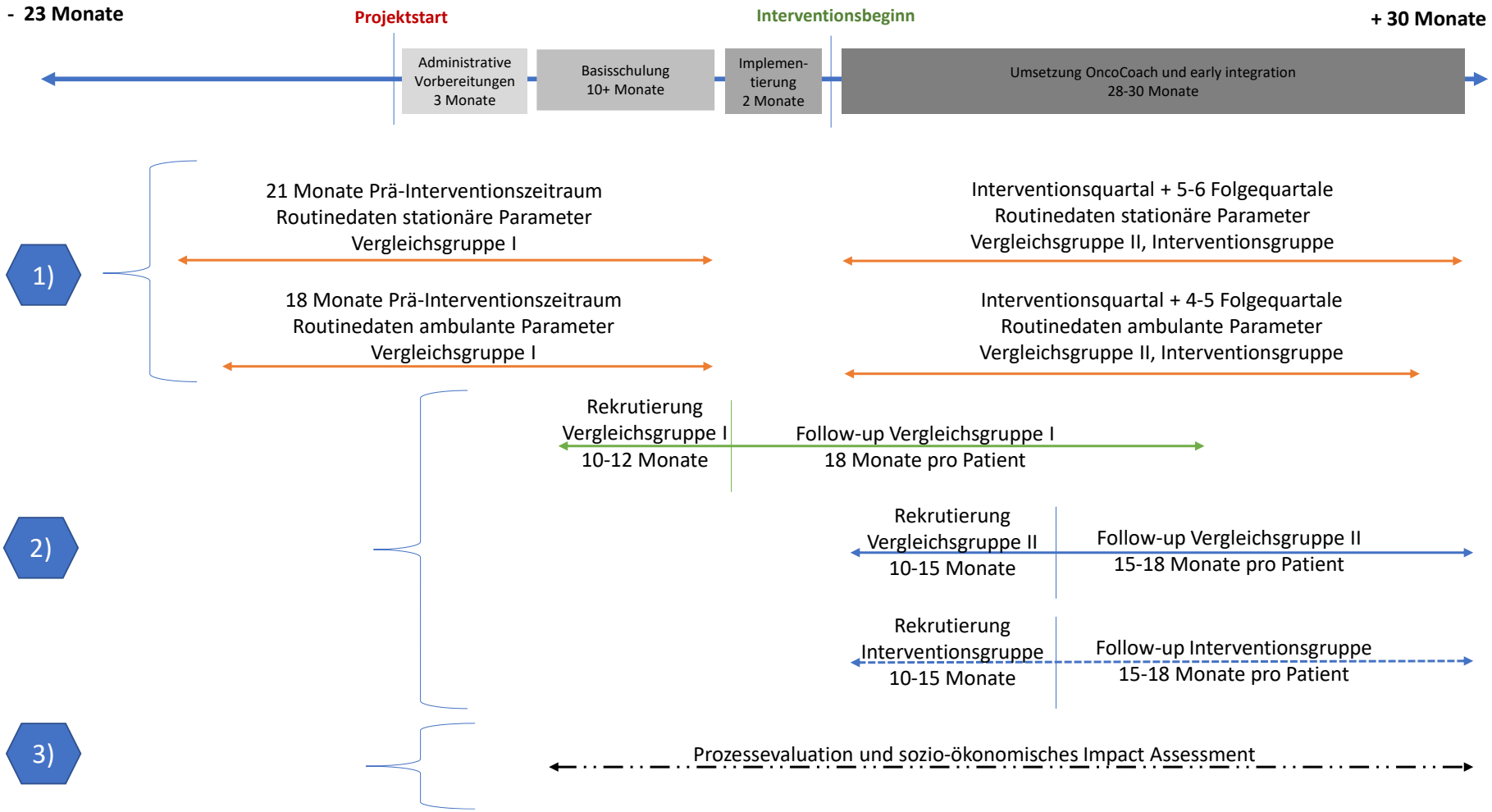
Fragestellung 1: Ist die nVF wirksam, um Krankenhausaufnahmen bei erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierten metastasierten Tumoren zu senken?

Die erste Fragestellung wird auf der Basis von Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen (primärer Endpunkt 1, Routinedaten) im Vergleich zur Regelversorgung und zur teilweise bereits bestehenden erweiterten Regelversorgung „OncoCoach“ auf Ebene der eingeschlossenen Versicherten ausgewertet (siehe Abbildung 3, Nummer 1). Hierbei kommt eine Interrupted Time Series Analyse (ITSA) zum Einsatz. Zudem werden weitere sekundäre Endpunkte sowie das Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) berechnet.

Fragestellung 2: Ist die nVF wirksam, um den aus Sicht der Patienten unzureichend gedeckten Unterstützungs- und Informationsbedarf zu senken?

Die zweite Fragestellung wird im Rahmen einer cluster-randomisierten Kontrollstudie (C-RCT) (primärer Endpunkt 2, Primärdaten) auf Patientenebene (d.h. Berücksichtigung von Patienten, die während der Rekrutierungsphasen eingeschlossen wurden) untersucht (siehe Abbildung 3, Nummer 2). Die C-RCT vergleicht die Wirksamkeit der Intervention mit der erweiterten Regelversorgung „OncoCoach“ auf Basis patientenberichteter Outcomemaße (PROM). In die C-RCT werden sowohl Versicherte der AOK Hessen als auch Patienten aller übrigen gesetzlichen Krankenkassen eingeschlossen. Begleitend zur C-RCT wird in den teilnehmenden Institutionen eine Prozessevaluation durchgeführt, welche ebenso alle Patienten, die während der Rekrutierungsphasen eingeschlossen wurden, sowie das dort tätige Gesundheitspersonal einschließt. Zudem erfolgt ein sozio-ökonomisches Impact Assessment (auf Basis einer Cost-Benefit Analyse) als Nachhaltigkeitsanalyse (siehe Abbildung 3, Nummer 3).

Abbildung 3: Fragestellungen und Analysepopulationen der Evaluation



6 Rekrutierung

6.1 Rekrutierung der onkologischen Institutionen

Da für das Schulungskonzept OncoCoach, welches Teil der neuen Versorgungsform ist, bereits in einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie (n=165) erste positive Effekte, insbesondere in Form eines verbesserten Nebenwirkungsmanagements bei Einnahme von oralen onkologischen Therapien sowie eine Reduktion ungeplanter Therapieunterbrechungen, nachgewiesen wurden [4] soll aus ethischen Gesichtspunkten keinem Patienten die Betreuung durch eine OncoCoach-Fachkraft grundsätzlich vorenthalten werden. Aus diesem Grund wird eine erweiterte Regelversorgung „OncoCoach“ etabliert und neben der reinen Kontrollgruppe (Vergleichsgruppe I) als eine weitere Vergleichsgruppe (Vergleichsgruppe II) sowohl bei Analysen zu Fragestellung 1 als auch 2 geführt.

Diese Vergleichsgruppen werden für die Evaluation herangezogen:

- Vergleichsgruppe I = Regelversorgung
- Vergleichsgruppe II = Regelversorgung + OncoCoach (erw. Regelversorgung)
- Interventionsgruppe = Regelversorgung + OnCoPaTh (OncoCoach mit strukturiertem Implementierungsprogramm und frühzeitiger Einbindung der konsiliartätigen Palliativpflegefachkräfte)

In das Projekt eingeschlossen werden daher alle onkologischen Institutionen, welche mindestens eine ihrer Fachkräfte (Pflegefachkräfte/MFA) für die Basisschulung zum OncoCoach freistellt oder bereits über Mitarbeiter mit dieser Qualifikation verfügen. Darüber hinaus sollte die Bereitschaft bestehen, über die Projektdauer mind. eine Fachkraft für ca. 5h pro Woche für OncoCoach-Tätigkeiten abzustellen. Zudem wird für die Gespräche ein abgetrennter Raum benötigt, der während des normalen Praxisbetriebes verfügbar sein muss. Rekrutiert werden die onkologischen Institutionen über die Netzwerke des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) und des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) sowie über dessen hessischen Regionalverband. Darüber hinaus erfolgt eine Ansprache von Klinikambulanzen über das Universitäre Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt (UCT) und das Netzwerk des Hessischen Onkologiekonzepts sowie bei Bedarf eine persönliche Ansprache von Praxen durch den AKS und DMMP, eine Infoveranstaltung zum OncoCoach in der Region und Informationen zum Projekt im Rahmen laufender OncoCoach-Ausbildungskurse. Im Rahmen der Antragstellung haben bereits 20 Institutionen Ihre Teilnahme über LOI erklärt.

Zu Projektbeginn erfolgt eine Einstufung der teilnehmenden onkologischen Institutionen in die folgenden zwei Kategorien: (i) mit OncoCoach (d.h. ein oder mehrere Mitarbeiter verfügen über

eine Weiterqualifikation und wenden diese ggf. im Versorgungsalltag an, wobei auch vor Projektbeginn erfolgte Weiterbildungen, die dem OncoCoach ähnlich sind, berücksichtigt werden), (ii) ohne OncoCoach oder vergleichbarer Weiterbildung (entspricht der Regelversorgung). Die notwendigen Informationen zu eventuell bereits vorhandenen Fortbildungen im Bereich Patientencoaching werden vorab bei den teilnehmenden Institutionen erfragt. Im Anschluss an die Rekrutierung der Vergleichsgruppe I erfolgt eine randomisierte Zuordnung der teilnehmenden Institutionen zur Interventions- und Vergleichsgruppe II. Für die Routinedatenanalyse wird bei der Randomisierung auf eine gleiche Verteilung der Institutionen mit Zugang zu AOK-Versicherten geachtet.

Institutionen, die randomisiert der Vergleichsgruppe II (erweiterte Regelversorgung „OncoCoach“) zugeführt werden, erhalten Zugang zur Basis-Schulung „OncoCoach“, da diese Ausbildung bereits zum aktuellen Zeitpunkt als Fortbildungsmaßnahme von Mitarbeitern onkologischer Institutitionen in Deutschland wahrgenommen werden könnte. Darüber hinausgehende Bestandteile der neuen Versorgungsform „OnCoPaTh“ werden hingegen ausschließlich in Interventionsinstitutionen umgesetzt. In der Interventionsgruppe (OnCoPaTh-Gruppe) ist, im Gegensatz zur Vergleichsgruppe II (OncoCoach-Gruppe), eine strukturierte Implementierung der OncoCoach-Arbeit vor Projektbeginn obligat. Hierfür sind Workshops geplant, in denen definierte Prozesse ins einrichtungsinterne QM-System übernommen werden. Dadurch wird unter anderem die strukturierte Zusammenarbeit mit der Palliativpflege organisiert. Die speziell für das Projekt entwickelte Dokumentations-App unterstützt die Einhaltung der definierten Prozesse. Die Prozessschritte werden in Checklisten übersetzt und steuern so die Dokumentation und Betreuung der Patienten (in Anlehnung an PDCA-Zyklus).

Basierend auf dem Therapieangebot der Institutionen vor und nach Intervention ergeben sich durch die randomisierte Zuordnung zu Interventions- und Vergleichsgruppe II ergänzend zur Vergleichsgruppe I (reine Regelversorgung, retrospektiv/historisch gewonnene Vergleichsgruppe) vier verschiedene Konstellationen:

- Regelversorgung vor Intervention, OncoCoach nach Intervention (Vergleichsgruppe II)
- Regelversorgung vor Intervention, OnCoPaTh nach Intervention (Interventionsgruppe)
- OncoCoach vor Intervention, OncoCoach nach Intervention (Vergleichsgruppe II)
- OncoCoach vor Intervention, OnCoPaTh nach Intervention (Interventionsgruppe)

Durch die Randomisierung der Institutionen in Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe II wird das Verzerrungsrisiko auf Clusterebene minimiert. Zur Minimierung des Verzerrungsrisikos auf Patientenebene (z.B. durch einen Selektionsbias) wird 1) eine konsekutive Rekrutierung angestrebt, 2) eine Erfassung relevanter Patientencharakteristika sichergestellt und 3) eine einfache Verblindung angestrebt. Eine einfache Verblindung

bedeutet, dass den Patienten die Gruppenzugehörigkeit der Institutionen vor Beginn der Behandlung sowie im Behandlungsverlauf nicht bekannt ist. Zur Sicherstellung der einfachen Verblindung dürfen Institutionen ihre Gruppenzugehörigkeit nicht bekannt geben und müssen eine einheitliche Aufklärung in allen Studiengruppen gewährleisten. Da Patienten innerhalb einer Institution einheitlich versorgt werden, wird das Risiko minimiert, dass der Patient die Gruppenzugehörigkeit des Clusters im Behandlungsverlauf identifizieren kann. Es wird zudem davon ausgegangen, dass die differenzierenden Bestandteile zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe II, wie z.B. das Implementierungsprogramm oder die Wissensdatenbank auf Patientenebene nicht ersichtlich sind.

6.2 Rekrutierung der Patienten

Für die C-RCT werden Patienten der Vergleichsgruppe I bereits vor Abschluss der Basisschulung und damit zeitversetzt zur Rekrutierung von Vergleichsgruppe II (OncoCoach-Gruppe) sowie der Interventionsgruppe (OnCoPaTh-Gruppe) rekrutiert (siehe Abbildung 3). Die Patienten werden in den jeweiligen Rekrutierungsphase prospektiv anhand der definierten Kriterien durch das Gesundheitspersonal in den Institutionen identifiziert, über die Studie aufgeklärt und konsekutiv eingeschrieben.

Die Studienpopulation für die routinedatenbasiert zu beantwortende Fragestellung 1 basiert auf den im C-RCT eingeschlossenen Patienten, die der Routinedatennutzung für diese Studie eingewilligt haben.

7 Grundlegende Methodik zu Fragestellung 1

Die Wirksamkeit auf Versichertenebene sowie die Kosten-Effektivität der geplanten Intervention werden basierend auf Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen, (AOK Hessen, TK) in einem quasi-experimentellen Ansatz mittels ITSA – bzw. abhängig von den vorliegenden Fallzahlen alternativ mitttels Gruppenvergleichen – und ICER überprüft. Hierfür werden die Versorgungsdaten aller in Vergleichsgruppe I, Vergleichsgruppe II und Interventionsgruppe rekrutierten Versicherten der kooperierenden Krankenkassen, die ihr Einverständnis für die Routinedatennutzung erklärt haben, eingeschlossen.

Das betrachtete Analysefenster vor und nach Interventionsbeginn beträgt für den primären Endpunkt jeweils 18-21 Monate (drei Monate für Lieferung stationärer Daten). Dabei ist die Länge des Analysefensters von dem kürzesten Datenzeitraum abhängig, der pro Versicherte von den Krankenkassen bereitgestellt werden kann. In Subgruppenanalysen wird der längere Zeitraum ebenfalls untersucht werden. Im Prä-Interventionszeitraum wird der Implementierungszeitraum als Übergangsphase nicht berücksichtigt. Nach Interventionsbeginn beginnt das individuelle Analysefenster jeweils ab Einschreibequartal. Alle sekundären Parameter, die sich nicht ausschließlich aus den stationären Daten der

Routinedaten generieren lassen, werden für einen Zeitraum von 15-18 Monaten ausgewertet (sechs Monate für Lieferung ambulanter Daten). Daten der Versicherten aus Vergleichsgruppe I werden für den Prä-Interventionszeitraum benötigt. Daten der Versicherten aus Vergleichsgruppe II und Interventionsgruppe werden für das jeweilige Einschreibequartal und für maximal sechs Folgequartale (21 Monate) abgefragt.

7.1 Zielparameter

Als primärer Endpunkt wird die Hospitalisierung gemessen. Die Evaluation der neuen Versorgungsform untersucht damit im Vergleich zur Regelversorgung (Vergleichsgruppe I) und der erweiterten Regelversorgung „OncoCoach“ (Vergleichsgruppe II), ob die neue Versorgungsform (Intervention) wirksam ist, um Krankenhausaufnahmen jeglicher Ursache bei den Patienten zu senken. Die Untersuchung folgt damit der Hypothese, dass gut informierte und geschulte Patienten aufgrund von vermeintlichen Notfallsituationen seltener Rettungsdienste und daraus resultierende Krankenhauseinweisungen oder Besuche in der Notfallambulanz mit anschließender stationärer Aufnahme in Anspruch nehmen als weniger gut informierte Patienten.

Als sekundäre Endpunkte werden untersucht:

- die Anzahl der Rettungsdiensttransporte (Interventionsziel: Verringerung der Notfallsituationen),
- die Verschreibung tumorspezifischer Therapien in den letzten sechs Lebenswochen (Interventionsziel: Reduktion tumorspezifischer (d.h. kurativer) Therapien),
- der Anteil palliativer Arzneimittel an der Gesamtmedikation eines Patienten (Interventionsziel: Steigerung Symptombehandlung, vermehrte early integration),
- Zeitpunkt vor Tod eines Patienten, zu dem SAPV, AAPV und Palliativleistungen der ambulanten Regelversorgung erstmalig in Anspruch genommen wurden (Interventionsziel: Rechtzeitige Einbindung palliativer Versorgungsstrukturen).
- die Gesamttherapie-Kosten.

Für die Analyse der direkten Kosten der Gesundheitsversorgung erfolgt für alle drei Untersuchungsgruppen 18-21 bzw. 15-18 Monate vor als auch nach Interventionsbeginn unter Ausschluss der Übergangsphase eine vollständige Auswertung der GKV-Abrechnungsdaten zu den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung (einschl. Palliativversorgung), zur Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelversorgung, zur häuslichen Krankenpflege sowie zu Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation. Zur Schätzung der Gesamtkosten werden die Kosten der neuen Versorgungsform ebenfalls herangezogen. Die Kosten-Effektivität der Intervention wird durch das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis („incremental cost-effectiveness ratio“, ICER) ausgedrückt. Das ICER setzt die Differenz der Gesamtkosten der betrachteten Personengruppen vor und nach Interventionsbeginn ins Verhältnis zur Differenz der

gesundheitsbezogenen Effekte beider Gruppen. Für die Berechnung des ICERs im Basisfall werden für Kosten und gesundheitsbezogene Effekte Mittelwerte verwendet. Als gesundheitsbezogener Effekt wird die krankheitsübergreifende Hospitalisierung genutzt, sodass in dieser Analyse die Kosten pro vermiedenem Krankenhausaufenthalt ermittelt werden können.

7.2 Statistische Analyse

Es werden deskriptive und multivariate Analysen durchgeführt. Der primäre Endpunkt und die sekundären Endpunkte ohne Bezug zum Lebensende werden im Rahmen einfacher Interrupted Time Series Analysen (ITSA) untersucht. Zur Überprüfung der Stabilität der Ergebnisse und abhängig von den vorliegenden Fallzahlen werden verschiedene Sensitivitätsanalysen durchgeführt (z. B. Definition unterschiedlicher Zeitabstände in ITSAetc.). Abhängig von den Ergebnissen der Sensitivitätsanalysen werden zusätzlich Gruppenvergleiche/ Unterschiedstest durchgeführt.

Personen aus den einzelnen Untersuchungsgruppen (Interventionsgruppe, Vergleichsgruppe II), die nach Interventionsbeginn versterben, werden als einzelne Subgruppen gesondert untersucht. Hierbei geht es insbesondere um deskriptive Auswertungen zum sekundären Endpunkt bzgl. ambulanter palliativer Versorgung (Subgruppenanalyse 1).

7.3 Fallzahl/Stichprobengröße

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass für die ITSA Daten von 100 Personen pro Zeitpunkt benötigt werden, um ein akzeptables Maß an Variabilität zu erzielen [5, 6]. Hierbei handelt es sich nach Aussagen von Ewusie et al. allerdings nicht um eine nachgewiesene minimale Stichprobengröße für valide Ergebnisse, sondern um eine methodische Empfehlung. Angaben über eine adäquate Stichprobengröße pro Messzeitpunkt, die optimale ITSA Ergebnisse erzeugen würde, liegen derzeit nicht vor [6]. Bekannt ist, dass pro Zeitraum (Prä-Interventionszeitraum, Interventionszeitraum) jeweils mindestens acht Messzeitpunkte für eine ausreichende Power zur Schätzung der Regressionskoeffizienten notwendig sind. Des Weiteren nimmt die Power zu, je mehr Messzeitpunkte vorliegen [6]. In der Analyse im Rahmen von OnCoPaTh liegen pro Zeitraum für das primäre Outcome Hospitalisierung jeweils 18-21 Messzeitpunkte (Monatsschritte) vor. Bei einer ITSA ist die Power weiterhin abhängig von der vorliegenden Autokorrelation und der Effektstärke. Die Power sinkt mit steigender Autokorrelation und steigt mit zunehmender Effektstärke [7]. Das Vorliegen und die Stärke der Autokorrelation wird im Rahmen der ITSA überprüft und bewertet. Auf dieser Grundlage wird die Fallzahlgrenze von etwa 100 Personen für die Stichprobengröße zu Grunde gelegt. Die im Abschnitt 7.2 aufgeführten Sensitivitätsanalysen dienen zur Überprüfung der Ergebnisstabilität. Für die Gruppenvergleiche (zweiseitiger T-Test für unabhängige Stichproben) würde unter der Annahme einer moderaten Effektstärke (d=0,5) zwischen den

Gruppen, eines Signifikanzniveaus von 5 % (α=0,05) und einer Power von 80 % (β=0,20) insgesamt 130 Versicherte, d. h. 65 Versicherte pro Gruppe, benötigt.

Sowohl das inkrementelle Kosten-Effektivitätsverhältnis, als auch Endpunkte mit Bezug zum Lebensende sind als sekundäre Endpunkte definiert und bedürfen daher keiner Fallzahlkalkulation. Die Fallzahlplanung orientiert sich am primären Endpunkt. Da in der gesundheitsökonomischen Evaluationen sowohl Kosten als auch Effekte betrachtet werden, besteht die Möglichkeit, dass für die Betrachtung des inkrementellen Kosten-Nutzen-Verhältnisses die Fallzahl nicht ausreichend sein könnte. Die Herausforderungen, welche durch eine ungenügende Fallzahl entstehen könnten, werden bei der Analyse (durch Sensitivitätsanalysen etc.) berücksichtigt.

Stellungnahme zur Mail vom DLR am 14.03.2023, Betreff: AW: 01NVF19017 OnCoPaTh: Hinweise zum Statusbericht Q4/2022 und Zahlungsanforderung Q1/2023

Wie bereits in vergangenen Statusberichten und Änderungsanträgen beschrieben, benötigt die ITSA eine geschätzte Gruppengröße von ca. 100 Fällen pro Gruppe, um stabil durchgeführt werden zu können. Diese Gruppengrößen werden auf Grundlage der aktuellen Fallzahlprognosen für die IG und die VG II nicht erreicht. Deswegen werden stattdessen Gruppenvergleiche durchgeführt. um den Effekt auf den primären Endpunkt zu ermitteln. Im Zuge der Gruppenvergleiche werden zusätzlich zu den Signifikanzen Konfidenzintervalle berechnet, sodass auch im Falle von nicht-signifikanten Ergebnissen eine Tendenz ermittelt werden kann. Zusätzlich erfolgt aufgrund der geringen Fallzahl in der VG II eine Auswertung, für die Vergleichsgruppe I und II zusammen gelegt werden, um diese kombinierte Population mit der IG zu vergleichen. Dies führt dazu, dass wir einen Gruppenvergleich mit unterschiedlich großen Stichproben durchführen. Für solche Gruppenvergleiche wird für den Erhalt der Power (moderate Effektstärke 0,5, alpha-Fehler 0,05, Power 0,8) eine Gruppengröße von mindestens 45 Versicherten in der einen und mindestens 110 Versicherten in der anderen Gruppe benötigt. In unserem Fall erreichen wir eine Fallzahl von 145 Versicherten in der zusammengelegten VG und 50 Versicherten in der IG, womit die erforderliche Fallzahl erreicht ist.

8 Grundlegende Methodik zu Fragestellung 2

Die Auswirkungen der neuen Versorgungsform auf patientenberichtete Outcome-Parameter werden im Rahmen einer prospektiven, cluster-randomisierten, kontrollierten Studie (C-RCT) untersucht. Dieses Design sieht vor, dass die teilnehmenden onkologischen Institutionen randomisiert den zwei Gruppen Vergleichsgruppe II und Interventionsgruppe zugeteilt werden.

Institutionen, welche der OnCoPaTh-Gruppe (Interventionsgruppe) zugeteilt werden, nehmen zusätzlich zu der für beide Gruppen im gleichen Umfang zugänglichen OncoCoach-Schulung

(erweiterte Regelversorgung) an einem strukturierten Implementierungsprogramm teil. Dieses umfasst exemplarische Prozessabläufe eines „Musterzentrums“, Vorlagen für Checklisten, standardisierte Dokumentationsvorlagen sowie vorstrukturierte Betreuungspfade, welche in einem obligaten Implementierungs-Workshop auf die Praxisstrukturen und -prozesse individuell angepasst werden. Darüber hinaus wird die Dokumentations-App durch die Möglichkeit zum automatischen Datenaustausch zwischen OncoCoach und konsiliartätiger Palliativpflegefachkraft erweitert. Den Institutionen der Interventionsgruppe wird zusätzlich eine Wissensdatenbank zur Verfügung gestellt. Dieses Tool steht dem Gesundheitspersonal unterstützend für die Beratung der Patienten zu KAM-Methoden digital zur Verfügung. OncoCoach und konsiliartätige Palliativpflegefachkraft müssen sich zudem in regelmäßigen Zeitabständen fallübergreifend über ihre Zusammenarbeit sowie bestehende Verbesserungspotenziale austauschen (Konsile).

Mitarbeiter der Institutionen aus der Gruppe erweiterte Regelversorgung (Vergleichsgruppe II) erhalten lediglich im Rahmen der OncoCoach-Schulung Hinweise für die Implementierung des Konzepts in ihrer Praxis sowie Praxisbeispiele. Eine begleitete strukturierte Implementierung erfolgt jedoch nicht.

Zusätzlich wird zwischen Projektmonat (PM) 6 bis einschließlich 15 (bzw. 17 in Einrichtungen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt initiiert wurden) (Prä-Interventionsphase) in allen an der C-RCT teilnehmenden Institutionen eine weitere Vergleichsgruppe (Vergleichsgruppe I) rekrutiert, die 18 Monate nachbeobachtet wird. Da diese Patienten im Interventionszeitraum nicht mehr den Einschlusskriterien für eine Aufnahme in die C-RCT genügen und damit keine OncoCoach-Leistungen für die Patienten vergütet werden, repräsentiert diese Patientengruppe die reine Regelversorgung. Auch wenn die Gruppe ggf. Institutionen umfasst, die bereits vor Projektbeginn ihren Patienten OncoCoach-Leistungen anbieten, ist durch die fehlenden (finanziellen) Anreize bzw. die fehlende strukturierte Einbindung zur Erbringung kontinuierlicher Leistungen in dieser Vergleichsgruppe nur mit einer begrenzten Kontamination der Behandlungsabläufe durch bereits bestehende OncoCoach-Leistungen zu rechnen, die sich kaum vom Leistungsspektrum einer Institution ohne OncoCoach-Erfahrung unterscheiden wird. Hierdurch grenzt sich die Vergleichsgruppe I auch von der Vergleichsgruppe II (erweiterte Regelversorgung) ab.

Die C-RCT ist über einen Zeitraum von 28 bis 30 Monaten geplant. Von diesen werden 10 bis 15 Monate für eine konsekutive Rekrutierung der Patienten verwendet. Die patienten-individuelle Follow-up-Phase umfasst 18 Monate für Patienten, die bis PM 29 eingeschlossen wurden und mindestens 15 Monate für Patienten, die zwischen PM 30 und 32 eingeschlossen wurden. Dieser Unterschied ergibt sich durch eine nachträgliche Verlängerung des

Rekrutierungszeitraums. Die Randomisierung erfolgt nach Abschluss der OncoCoach-Schulungen aller Institutionen.

8.1 Rekrutierung der Versicherten in den Institutionen und Einschlusskriterien

Auf Patientenebene werden alle volljährigen und entscheidungsfähigen Patienten einer teilnehmenden Institution eingeschlossen, bei welchen in den Rekrutierungszeiträumen (Vergleichsgruppe I: PM 6-15 (bzw. 17); Vergleichsgruppe II und Interventionsgruppe: PM 18-32) die Diagnose metastasierter Ferntumor gestellt wird. In die Erhebung patientenberichteter Zielgrößen fließen zudem ausschließlich Patienten ein, die ihr Einverständnis hierfür gegeben haben.

Die Erhebung von Primärdaten auf der Organisationsebene erfolgt unter Berücksichtigung aller in einer Institution behandelten Patienten mit der Diagnose „solider metastasierter Tumor“ im Rekrutierungszeitraum sowie des dort tätigen Gesundheitspersonals. Die Ansprache der MFA/Pflegekräfte der beteiligten onkologischen Institutionen, die eine Weiterbildung zum OncoCoach gemacht haben, sowie der Palliativpflegefachkräfte, die an der Patientenversorgung im Rahmen des Projekts beteiligt sind, erfolgt zum einen über die onkologischen Institutionen und zum anderen über die unterschiedlichen Palliativ Care-Teams der beteiligten Bundesländer (insb. den Fachverband SAPV Hessen).

8.2 Zielgrößen der C-RCT

Als **primärer Endpunkt** der C-RCT wird der vom Patienten empfundene (offene/ungedeckte) Unterstützungs- und Informationsbedarf nach einem patientenindividuellen Follow-up Zeitraum von 18 Monaten, gemessen mit dem SCNS-SF34-G, gewählt [8]. Es wird postuliert, dass dieser in der Interventionsgruppe im Vergleich zur erweiterten Regelversorgung (Vergleichsgruppe II) sowie zur reinen Regelversorgung (Vergleichsgruppe I) deutlich geringer ist.

Als **sekundäre Endpunkte** werden auf Patienten- und Angehörigenebene erhoben:

- vom Patienten empfundener Unterstützungs- und Informationsbedarf nach einem patientenindividuellen Follow-up Zeitraum < 18 Monaten (SCNS-SF34-G) [8],
- vom Angehörigen empfundener Unterstützungs- und Informationsbedarf (SCNS-P&C-G) [9],
- Anzahl ungeplanter Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmen/-dienstkontakte,
- Patienten-Empowerment (PEN-13) [10],
- Lebensqualität (EQ-5D-5L) [11]und
- Zufriedenheit mit der Versorgung (selbstentwickelter Fragebogen).

Zielgrößen auf organisationaler Ebene ergänzen die Wirksamkeitsbetrachtung:

- Interprofessionelle Zusammenarbeit (UWE-IP-D) [12],
- Bewertung der Early Integration (qualitative Interviews),
- Organisationale Gesundheitskompetenz (HL-COM/HLHO-10) [13, 14],
- Kontinuität der Versorgung (selbstentwickelter Fragebogen).

Tabelle 1 stellt die Operationalisierung der Endpunkte, die Art der Erhebung sowie die geplanten Erhebungszeitpunkte detailliert dar. Zusätzlich sind in der separat eingereichten Excel- Datei „Übersicht der Datenerhebung im OnCoPaTh-Projekt“ die Befragungen von Personal und Patienten graphisch auf einer Zeitachse dargestellt und der geschätzte Zeitaufwand angegeben.

Tabelle 1: Zielparameter, Dokumentationsart und Erhebungsintervalle auf Patientenbene für Vergleichsgruppe I, Vergleichsgruppe II und Interventionsgruppe

Outcome: Instrument	**Art der Erhebung**	**T0**	**T1**	**T2**	**T3**	**T4**	**T5**	**T6**	**T7**
Patientenebene									
(offener/ungedeckter) Unterstützungsbedarf: Patient – SCNS-SF34-G (primärer Zielparameter) [8]; Angehöriger – SCNS-P&C-G [9] Beobachtungsebene: alle Patienten, die die Einschlusskriterien während der Rekrutierungszeiträume erfüllen	Fragebogen; postalisch	x	x	x	x	x	x	x	
Anzahl ungeplanter Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmen/-dienstkontakte Beobachtungsebene: alle Patienten, die die Einschlusskriterien während der Rekrutierungszeiträume erfüllen	Fragebogen; postalisch	x		x		x		x	
Patienten-Empowerment: PEN-13 [10] Beobachtungsebene: alle Patienten, die die Einschlusskriterien während der Rekrutierungszeiträume erfüllen	Fragebogen; postalisch	x		x		x		x	
Lebensqualität: Allg. LQ – EQ-5D-5L [11] Beobachtungsebene: alle Patienten, die die Einschlusskriterien während der Rekrutierungszeiträume erfüllen	Fragebogen; postalisch	x	x	x	x	x	x	x	
Zufriedenheit mit der Versorgung: selbstentwickelte Items Beobachtungsebene: alle Patienten, die die Einschlusskriterien während der Rekrutierungszeiträume erfüllen	Fragebogen; postalisch	x		x		x		x	

T0: Patientenebene – bei Einschluss (erster Patient ab PM 6 (Vergleichsgruppe I) bzw. ab PM 18 (Interventionsgruppen und Vergleichsgruppe II), weitere Erhebungszeitpunkte folgen 15 bis 18 Monate nach T0 alle 3 Monate.

Tabelle 2: Zielparameter, Dokumentationsart und Erhebungsintervalle auf Patientenbene für die Interventionsgruppe

Outcome: Instrument	**Art der Erhebung**	**T0**	**T1**	**T2**	**T3**	**T4**	**T5**	**T6**	**T7**
Patientenebene/formative Evaluation (IG)									
Organisationale Gesundheitskompetenz Patientenperspektive HL-COM [13]; Beobachtungsebene: 50% Stichprobe aller Patienten, die während der Interventionsphase OC-Gespräch erhalten und einer Datenerhebung zustimmen;	Postalisch	x		x		x		x	
Akzeptanz und empfundene Praktikabilität: Patientenperspektive, Perspektive Gesundheitspersonal Beobachtungsebene: 20% Stichprobe aller Patienten, die während der Interventionsphase OC-Gespräch erhalten und einem Interview zustimmen (IG);	Semistrukturierte Interviews; face-to-face und telefonisch			x x		x x		x	x
Implementierungsprozess: Fördernde und hemmende Faktoren – Interviewleitfaden unter Berücksichtigung des CFIR sowie TICD entwickelt [18, 19] Nicht-intendierte Effekte Beobachtungsebene: 20% Stichprobe aller Patienten, die während der Interventionsphase OC-Gespräch erhalten haben und einem Interview zustimmen (IG)	Semi-strukturierte Interviews, face-to-face und telefonisch			x		x		x	x

T0: Patientenebene – bei Einschluss (erster Patient ab PM 18 (Interventionsgruppen),weitere Erhebungszeitpunkte folgen 15 bis 18 Monate nach T0 alle 3 Monate.

Tabelle 3: Zielparameter, Dokumentationsart und Erhebungsintervalle auf Organisationsebene über alle Studienphasen

		T0	**T1**	**T2 ***	**T3**	**T4**	**T5**	**T6**	**T7**
Organisationsebene/formative Evaluation									
Interprofessionelle Zusammenarbeit: UWE-IP-D [12] (Skala: Kommunikation und Teamwork, Interprof. Interaktionsebene, Interprof. Beziehungsebene) Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal	Fragebogen; Postalisch	x	x	x	x	x	x	x	x
Bewertung der Early Integration: Patientennutzen, ungeplante Therapieabbrüche	Semistrukturierte Interviews; face-to-face und telefonisch			x		x			x

Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal im Projekt Deutschlandweite Befragung der Palliativpflegefachkräfte	Fragebogen; Postalisch Fragebogen; online	x	x			x			x
Organisationale Gesundheitskompetenz: Organisationsperspektive HLHO-10 [14] Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal	Fragebogen; Postalisch	x			x		x		x
Kontinuität der Versorgung, insb. Informations- und Managementkontinuität: selbstentwickelte Items Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal	Fragebogen; Postalisch	x	x	x	x	x	x	x	x
Prozessevaluation/formative Evaluation									
Bewertung der OncoCoach-Schulung: Bewertung Level 1 und 2 nach Kirkpatrick 1994 (Wissen, Einstellungen/Haltung, Selbstwirksamkeit) [15] Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal	Fragebogen: Postalisch		x		x				
Fidelity/Adherence mit dem Schulungs-Konzept Beobachtungsebene: Dokumentation auf Patientenebene, die während der Interventionsphase OC-Gespräch erhalten (IG und VG II)	Dokumentenanalyse			x	x	x	x	x	x
Akzeptanz und empfundene Praktikabilität: Patientenperspektive, Perspektive Gesundheitspersonal Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal	Semistrukturierte Interviews; face-to-face und telefonisch			x		x		x	
Adoption/Uptake: frühzeitige vs. späte Nutzer (IG und VG II), Organizational readiness for implementing change (ORIC, adaptierte Version) Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal	Dokumentenanalyse, Fragebogen: Postalisch			x x	x	x x	x	x	x x
Penetration/Reichweite der Intervention	Dokumentenanalyse			x	x	x	x	x	x
Nachhaltigkeit: Institutionalisierung (z.B. Einbettung in das Praxis-QM), Normalisierungsgrad Nachhaltigkeitspotenzial – NoMAD [16, 17] Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal (IG und VG II)	Organisations-/Fall-analyse; Fragebogen: postalisch					x x			x x
Implementierungsprozess: Fördernde und hemmende Faktoren – Interviewleitfaden unter Berücksichtigung des CFIR sowie TICD entwickelt [18, 19]	Semi-strukturierte Interviews, face-to-face und telefonisch; Analyse von Logbuch-Einträgen,			x		x		x	x

Nicht-intendierte Effekte Beobachtungsebene: Gesundheitspersonal	Auswertung von Field Notes/Anmerkungen								

* Start der cRCT-Phase
Organisationsebene: T0: zu PM 4, T1: +10m, T2: +14m (Start der C-RCT), T3: +19m, T4: +25m, T5: +31m, T6: +37m; T7: +42m

Patientenebene

Die Datenerhebung auf Patientenebene startet bei Einschluss der Patienten (T0). In der Vergleichsgruppe I findet diese Erhebung folglich zwischen PM 6 und einschließlich PM 15 bzw. 17 (je nach Initiierungszeitpunkt des Zentrums und Rekrutierungsstand) statt. Interventions- und Vergleichsgruppe II starten mit der Erhebung zu T0 ab PM 18. Weitere Erhebungszeitpunkte folgen 15 bis 18 Monate (je nach Einschlussdatum) nach T0 alle 3 Monate. Patienten werden zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten (siehe Tabelle 1 und 2) mittels postalisch zugesendeten Fragebögen befragt.

Die Befragungen thematisieren die vorab definierten primären und sekundären Endpunkte, wie z.B. der (offene/ungedeckte) Unterstützungsbedarf des Patienten sowie die Anzahl ungeplanter Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmen/-dienstkontakte. Dabei werden sowohl validierte Fragebögen (sofern vorhanden), als auch für das Projekt entwickelte Fragebögen eingesetzt, die auf Basis der zur Verfügung stehenden Literatur erstellt werden.

Organisationsebene: Bewertung der Schnittstelle OncoCoach – Palliativpflegefachkraft

Befragungen von Gesundheitspersonal starten nach Initiierung der Studie (T0) ab PM 4. Insgesamt werden die Daten zu acht Erhebungszeitpunkten (T0 bis T7) über schriftliche Befragungen und Interviews (zu T2, T4 und T7) erfasst. Die Datenerhebungen erfolgen in Abständen von min. vier und max.10 Monaten und enden mit T7 ab PM 46.

Die Bewertung des Ziels der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit wird auf Organisationsebene anhand der Schnittstelle zwischen OncoCoach und Palliativpflegefachkraft operationalisiert. Die Fachkräfte der Vergleichsgruppe II und der Interventionsgruppe, die eine OncoCoach-Schulung erhalten haben, sowie jeweils die beteiligten Palliativpflegefachkräfte werden zur interprofessionellen Zusammenarbeit befragt. Um ein bundesweites Bild der frühen Integration der palliativen Versorgung von Krebspatienten sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit mit an der Versorgung beteiligten Akteuren zu erhalten, werden darüber hinaus unabhänig von der Projektteilnahme Palliativpflegefachkräfte mittels einer Online-Befragung befragt. Thematische Schwerpunkte sind dabei Kommunikation und Teamwork, interprofessionelle Interaktionsebene sowie die interprofessionelle Beziehungsebene. Darüber hinaus werden die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz (HLHO-10) [14] und die Kontinuität der Versorgung

(selbstentwickleter Fragebogen) aus Sicht des Gesundheitspersonals und die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz der Patienten (HL-COM) [13] erfasst.

Ergänzend zu der quantitativen Befragung werden in leitfadengestützten qualitativen Interviews eine Bewertung des Nutzens der vorstrukturierten Betreuungspfade bzw. des Fehlens dieser für die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Patienten sowie die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen und ungeplanten Therapieabbrüche aus Sicht der Praxismitarbeiter und Palliativpflegefachkräfte erfasst. Im Abstand von etwa einem Jahr (T4) und zwei Jahren (T7) werden Follow-up Interviews geführt, um langfristige Veränderungen erfassen und bewerten zu können. Bei der Bewertung der Schnittstelle liegt die Annahme zugrunde, dass die vorstrukturierten Betreuungspfade zu einer verbesserten Zusammenarbeit der Praxismitarbeiter und Palliativpflegefachkräfte führen und sich positiv auf die Patientenversorgung (weniger ungeplante Therapieabbrüche, besseres Nebenwirkungsmanagement) auswirken.

Prozessevaluation

Die Prozessevaluation umfasst die wissenschaftliche Begleitung der Intervention über die gesamte Projektlaufzeit und folgt den Empfehlungen des Medical Research Councils zur Prozessevaluation komplexer Interventionen. Demzufolge werden vom Evaluator a) die Intervention, die zugrunde liegenden kausalen Annahmen sowie der Interventions- und Implementierungsprozess beschrieben, b) beeinflussende Kontextfaktoren sowie deren Wechselwirkungen mit der Intervention analysiert und c) eine Untersuchung der Wirkmechanismen der Intervention vorgenommen.

Im Rahmen der Prozessevaluation werden die folgenden Fragestellungen untersucht:

- Inwieweit werden die Komponenten der Intervention wie geplant umgesetzt (Interventionstreue)?
- Inwieweit zeigen sich die intendierten und nicht-intendierten Effekte?
- Welche Faktoren wirken hemmend bzw. förderlich auf die Umsetzung bzw. auf die Effekte?
- Welche Kontextfaktoren und Strukturdaten beeinflussen die Effekte?
- Welche Mechanismen (Strukturen und Prozesse) werden wirksam?

Durch die Ausweitung der Studienregion wird zudem die Fragestellung untersucht, inwieweit die regionale Versorgungsstruktur die Strukturen auf Organisationsebene beeinflusst. Diese Fragestellung lässt sich über die bereits definierten Datenerhebungen abbilden (siehe Tabelle 3). Bei Bedarf werden einzelne Items in den bestehenden Befragungen auf Organisationsebene ergänzt. Die Einbindung dieser Änderung in die Arbeitspakete der formative Evaluation ist mit den bestehenden Fördermitteln realisierbar. Darüber hinaus kann

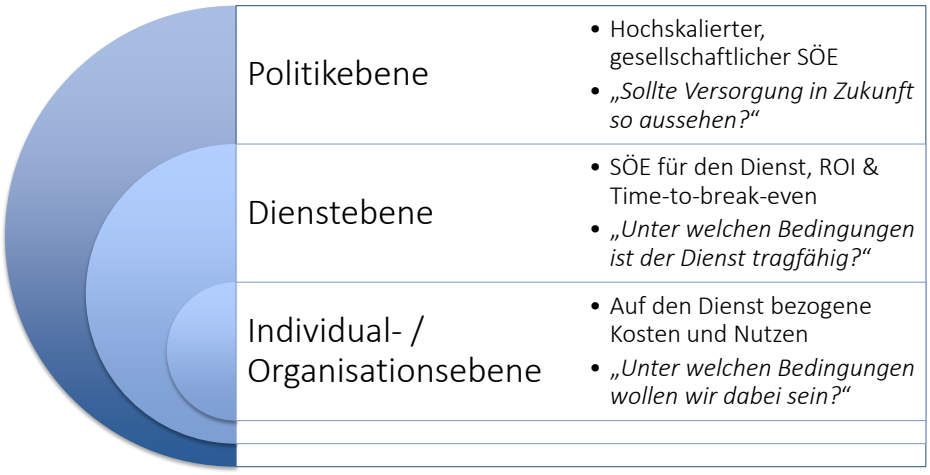
sich die Ausweitung der Studienregion positiv auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Bundesebene auswirken.

Methodisch wird ein Mixed Methods-Ansatz aus quantitativen und qualitativen Methoden gewählt. Die zu erhebenden Daten sowie die Art der Erhebung sind in den Tabellen 1 bis 3 benannt.

Sozio-ökonomisches Impact Assessment:

Zur Unterstützung der Nachhaltigkeitsplanung für den Transfer des neuen Versorgungskonzeptes in die Regelversorgung wird zudem ein sozio-ökonomisches Impact Assessment (SEIA) durchgeführt. Auf Grundlage dieser Auswertung sollen für den Transfer entscheidende Fragen auf drei Ebenen beantwortet werden, wie die folgende Grafik zeigt (Abbildung 4).

Abbildung 4: Betrachtungsebenen des sozio-ökonomischen Impact Assessments



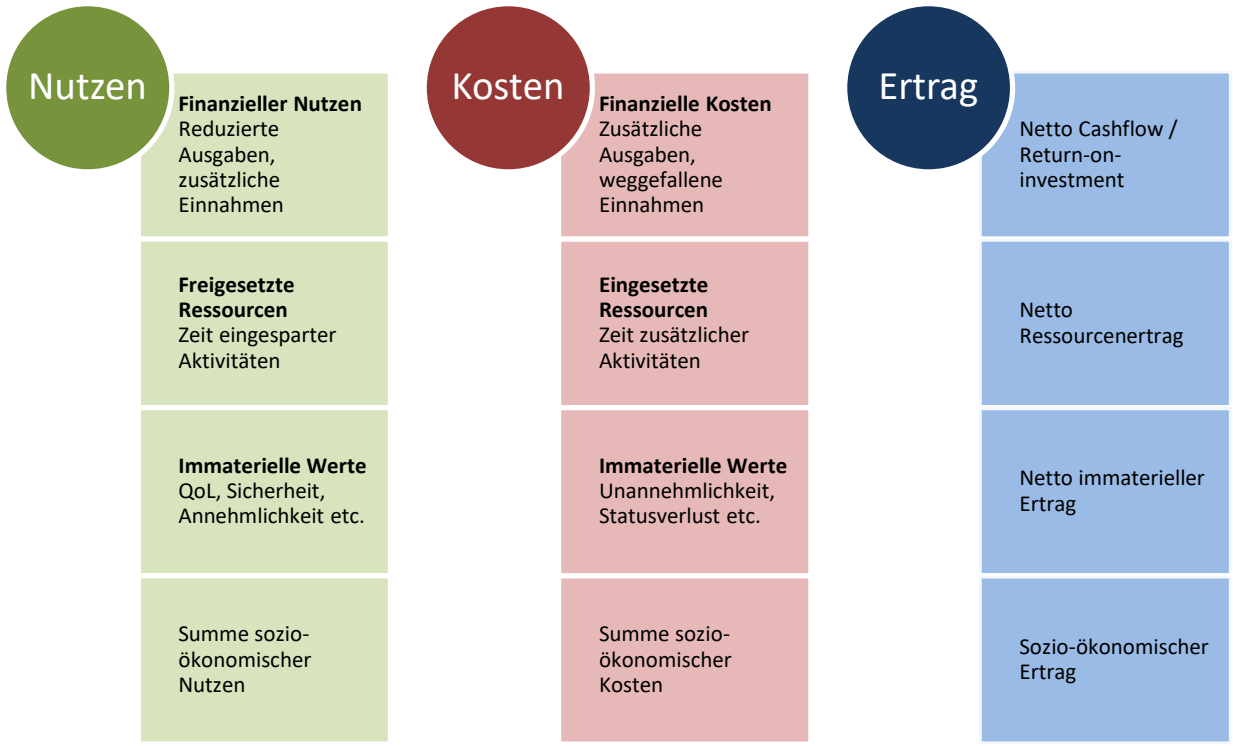
SÖE = Sozio-ökonomischer Ertrag, ROI = Return-on-Investment

Methodisch beruht die SEIA auf einem Cost-Benefit Ansatz gemäß der Definition von Drummond [20] und den Empfehlungen von UK HM Treasury [21], Die Beauftragte der Bundesregierung für Informationstechnik [22] und dem White House Office for Management and Budget [23]. Zum Einsatz kommt ein bereits etabliertes Framework und dazugehörige Auswertungssoftware [24].

Im Rahmen des SEIA werden die finanziellen, ressourcen- bzw. zeitbezogenen sowie immateriellen Kosten und Nutzen der Intervention für die an der Versorgung beteiligten Akteure so weit wie möglich erfasst und zur Berechnung verschiedener Ertragskennzahlen verwendet (siehe Abbildung 5). Die Daten für finanzielle Kosten und Nutzen werden einerseits den Routinedaten entnommen, andererseits aus den tatsächlichen projektbezogenen Ausgaben für die Implementierung und den Betrieb der Intervention. Für die Auswertung der freigesetzten und eingesetzten Ressourcen ist eine Auswertung über Timesheetanalysen

geplant. Immaterielle Effekte werden über Fragebögen im Rahmen der Evaluation des C-RCT erhoben und mittels geeigneter Verfahren wie Valuation/Willingness-to-pay bzw. über Proxies monetarisiert. Auf dieser Grundlage werden die Ertragskennzahlen berechnet und verschiedene zeitliche Entwicklungen modelliert, um so unterschiedliche Szenarien des Transfers in die Regelversorgung (abhängig von unterschiedlichen Inzidenzen des Aufgreifkriteriums, unterschiedlicher Durchdringung in der regionalen Ärzteschaft etc.) zu entwickeln.

Abbildung 5: Berücksichtigte Kosten- und Nutzenkomponenten



8.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt für die Mehrzahl der Endpunkte mittels postalisch zugesendeter Fragebögen (siehe Tabelle 1). Der primäre Endpunkt sowie die Lebensqualität werden alle drei Monate erfragt. Alle übrigen Endpunkte auf Patienten- oder Angehörigenebene werden alle sechs Monate dokumentiert. Zielgrößen auf organisationaler Ebene werden (je nach Erhebungsform) auf Basis einer 20% bzw. 50% Stichprobe aller an der Primärdatenerhebung teilnehmenden Patienten/Angehörigen sowie von den jeweiligen Schlüsselpersonen aller teilnehmenden Institutionen erhoben.

Die quantitativen Befragungen des Gesundheitspersonals erfolgen pseudonymisiert, um Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit beim Antwortverhalten möglichst gering zu halten, und um eine hohe Rücklaufquote zu erreichen. Befragt werden alle MFA/Pflegekräfte der beteiligten onkologischen Institutionen, die eine Weiterbildung zum OncoCoach gemacht

haben, sowie Palliativpflegefachkräfte, die an der Patientenversorgung im Rahmen des Projekts beteiligt sind.

Für qualitative Untersuchungen werden das Gesundheitspersonal sowie die Patienten zielgerichtet ausgewählt und zu (Telefon-)Interviews eingeladen. Die Interviews werden mit Zustimmung der Teilnehmer aufgezeichnet und transkribiert. Die qualitativen Interviews des Gesundheitspersonals erfolgen face-to-face und werden persönlich vor Ort geführt. Hierbei ist eine Dauer von etwa 45 Minuten pro Interview vorgesehen. Für die telefonischen Interviews wird eine Dauer von 10-15 Minuten veranschlagt.

Um die Motivation zur Teilnahme an den Befragungen sicherzustellen werden onkologische Institutionen bereits bei der Rekrutierung über den Zeitaufwand und damit verbundene Honorierung informiert. Zudem ist für das Gesundheitspersonal für die vollständige Teilnahme an den qualitativen Interviews eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 100€ vorgesehen. Darüber hinaus profitieren die Teilnehmer, d.h. das Gesundheitspersonal, wie auch die onkologischen Institutionen, von den durch die Schulung und Studienteilnahme gewonnenen Kenntnissen auch nach Projektende.

Um auf Patientenebene einen möglichst hohen Rücklauf zu erhalten ist die Unterstützung der Befragung durch die onkologischen Institutionen sowie durch den klinischen Monitor essenziell. Onkologische Institutionen erhalten für den Zeitaufwand, der mit den Befragungen einhergeht eine Honorierung, welche ausgezahlt wird wenn die Befragungen ausgefüllt bzw. durchgeführt wurden. Zudem unterstützt der klinische Monitor durch seine Managementfunktion die onkologischen Zentren. Damit kann durch eine intensive Einbindung des klinischen Monitors der organisatorische Aufwand der onkologischen Institutionen reduziert werden und eine hohe Rücklaufquote sichergestellt werden.Die einzelenen Themen der Befragungen und Interviews werden sowohl auf Patientenebene, als auch auf Organisationsebene (sofern es die wissenschaftlichen Methoden zulassen) gebündelt abgefragt. Hierdurch wird der organisatorische Aufwand für alle Beteiligten reduziert.

8.4 Fallzahl/Stichprobengröße der C-RCT

Um über einen patientenindividuellen Follow-up Zeitraum von 18 Monaten eine tendenziell moderate Effektstärke von 0,5 (Cohens d) zwischen Interventionsgruppe und erweiterter Regelversorgung (Vergleichsgruppe II) beobachten zu können, würden unter Annahme eines Signifikanzniveaus von 5% (α = 0,05), einem zweiseitigen T-Test für unabhängige Stichproben sowie einer Power von 80% (β = 0,20) insgesamt 130 Patienten in einer auf Patientenebene randomisierten kontrollierten Studie benötigt (berechnet mit G*Power 3.1). Wird die Cluster-Randomisierung berücksichtigt und ein Intra-Cluster Korrelationskoeffizient (ICC) von 0,05 sowie eine durchschnittliche Clustergröße von 25 Patienten je Institution angenommen, werden 13 Institutionen je Gruppe benötigt (Designfaktor 2,45). Unter Annahme, dass ca. zwei

Institution während der Studienlaufzeit abbrechen (z.B. wegen Ausfall des OncoCoaches), müssen mind. 15 Institutionen je Gruppe rekrutiert und insgesamt mind. 750 (2x375) Studienpatienten für Vergleichsgruppe II und die Interventionsgruppe eingeschlossen werden. Für Vergleichsgruppe I wird eine Stichprobengröße gleichen Umfangs (375 Patienten) angestrebt, welche für die Auswertung vorliegen sollte.

Unter Berücksichtigung der hohen Drop-out-Raten bei onkologischen Patienten sollte je Vergleichsgruppe die Rekrutierung von 600 Patienten beabsichtigt werden, um die benötigte Fallzahl für den primären Endpunkt der C-RCT zu erreichen.

Der Vergleichsgruppe I sollten die 30 Institutionen der VG II und IG zur Verfügung stehen. In diesem Fall generiert sich die Stichprobe von 600 Patienten in VG I aus mind. 30 Institutionen. Mit der höheren Anzahl der Cluster steigt die Wahrscheinlichkeit Effekte abzubilden.

Die aktuellen Entwicklungen in der Rektrutierung von Institutionen zeigen, dass ein Drop-out auf Organisationsebene in der Rekrutierung berücksichtigt werden sollte. Zudem erhöht sich das Risiko, dass Institutionen die Studie vorzeitig beenden, durch die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die Versorgungslandschaft bei hohen Inzidenzzahlen. Um die gewünschte Fallzahl auf Organisationsebene zu erreichen, wird nun eine Rekrutierung von 36 Institutionen bei gleichbleibender Fallzahl auf Ebene der Patient angestrebt.

Für die Erfassung der Endpunkte auf Organisationsebene sowie im Rahmen der Prozessevaluation werden für die semi-strukturierten qualitativen Interviews je Gruppe und Studienarm, abhängig vom Erreichen einer theoretischen Sättigung, 10-15 Interviews mit Praxismitarbeitern bzw. Palliativpflegefachkräften angestrebt. Somit werden für die 15 onkologischen Institutionen der Interventionsgruppe und die 15 Institutionen der Vergleichsgruppe II jeweils 20-30 Interviews, insgesamt also max. 60 Interviews, geführt.

<u>Stellungnahme aus dem Statusbericht vom 31.01.2022 zur Fallzahlerreichung in der Vergleichgruppe I:</u>

Zum Stand 29.10.2021 befanden sich 367 Patienten in der Vergleichsgruppe I (VG I) des Projektes. Die Daten der VG I werden gemäß Evaluationskonzept im Rahmen der explorativen Analysen sowie der Sensitivitätsanalyse verwendet. Ziel war es, hierfür eine ähnlich umfassende Patientenstichprobe zur Verfügung zu haben, wie dies in der Vergleichsgruppe II und Interventionsgruppe angestrebt wird, um in die Sensitivitätsanalysen und explorativen Untersuchungen annähernd gleich große Gruppen einbeziehen zu können. Die Fallzahl der VG I unterliegt jedoch nicht der Fallzahlschätzung des primären Endpunktes. Die Fallzahlberechnung sowie die hierin enthaltenen Annahme zu Power gilt ausschließlich auf die Vergleichsgruppe II und die Interventionsgruppe der C-RCT.

Aufgrund der sehr guten Rücklaufquote in den Patientenfragebögen zu T0 von aktuell 88% ist unserer Einschätzung nach ein Erkenntnisgewinn bei der Auswertung der Vergleichsgruppe I gegeben.

Stellungnahme vom 30.05.2022 zur Fallzahlerreichung in der Vergleichsgruppe II und Interventionsgruppe:

Der Verlauf der dritten Pandemie-Welle hat zu zahlreichen Beeinträchtigungen in den Studienzentren geführt. Hervorzuheben ist der Personalmangel, der sich durch Krankenstände, Kapazitätsverschiebungen und Kündigungen negativ auf die Studiendurchführung ausgewirkt hat. In erster Linie führte dies dazu, dass die Realisierung von Studien und die dafür benötigten zeitlichen Kapazitäten in den teilnehmenden Einrichtungen in den Hintergrund rückte und alle verfügbaren Ressourcen in die Patient*innenversorgung flossen. Zum Zeitpunkt der Stellungnahme ging das Projekt-Konsortium davon aus, dass bis Ende September 2022 Fallzahlen von bis zu 400 Personen pro Gruppe erreicht werden können, was vergleichbar zum aktuellen Rekrutierungsstand für die Vergleichsgruppe I wäre. Diese Fallzahlen für Vergleichgruppe II und Interventionsgruppe weichen damit von der zu Beginn des Kapitel 8.4 dargelegten Powerkalkulation des primären Endpunkte ab.

In seiner Stellungnahme vom 31.05.2022 an den G-BA hat das Konsortium bereits Auswirkungen auf das Projekt herausgearbeitet und erläutert, dass das Erreichen der Projektziele nicht allein an dem Erreichen der geplanten Fallzahlen festgemacht werden kann. Auch wenn die ursprünglich in OnCoPaTh antizipierte Fallzahl nicht erreicht wird und damit möglicherweise kein statistisch signifikanter Effekt im primären Endpunkt nachweisbar ist, darf dies keinesfalls mit einem Nichterreichen von Projektzielen und/oder einem Unvermögen bei der Beantwortung der Forschungsfragen gleichgesetzt werden. Wenn die Ergebnisse der primären Endpunkte keine signifikanten Effekte aufzeigen, wird ein besonderes Augenmerk auf:

- die patient*innenorientierten sekundären Endpunkte der Primärdaten,
- die Ergebnisse des Sozioökonomischen Impact Assessments,
- die Ergebnisse aus qualitativen Interviews,
- die Ergebnisse der Prozessevaluation sowie
- auf die Triangulation dieser Ergebnisse auf Basis der ToC (Therory of Change)

gelegt.

Die Mehrzahl der sekundären Parameter und Prozessindikatoren, welche mit geringeren Fallzahlen auskommen, um aussagekräftig zu sein, können helfen zu verstehen, ob die Intervention in der Lage ist, die Projektziele zu erreichen und ob es sich „lediglich“ um eine Unterpowerung der Studien in Folge der schwierigen Rahmenbedingungen für die Rekrutierung handelt.

Für die Bewertung des zu erwartenden Erkenntnisgewinns sind daher ebenso die sekundären Zielparameter, das Sozioökonomische Impact Assessment, das erhobene qualitative Datenmaterial sowie die Ergebnisse der Prozessevaluation ausschlaggebend. Zudem basiert eine Powerkalkulation immer auf Vorannahmen, deren Validität stark von der Qualität verfügbarer wissenschaftlicher Publikationen ähnlicher Interventionen und vom Grad der bisherigen Evidenz abhängt. Die in einem Evaluationskonzept antizipierte Effektentwicklung kann sich somit immer von dem auf der Basis von Realdaten geschätzten Effekten unterscheiden.

Änderungsantrag vom 27.07.2022: Verlängerung des Rekrutierungszeitraums

Da ein Erreichen der intendierten Fallzahl von 400 Personen pro Gruppe aufgrund der bereits dargelegten Herausforderungen nicht realisiert werden kann, wurde zum 27.07.2022 ein Änderungsantrag zur Verlängerung des Rekrutierungszeitraums um drei Monate bis zum 31.12.2022 gestellt und am 16.09.2022 bewilligt.

Stellungnahme zur Mail vom DLR am 14.03.2023, Betreff: AW: 01NVF19017 OnCoPaTh: Hinweise zum Statusbericht Q4/2022 und Zahlungsanforderung Q1/2023

Wie bereits in der letzten Stellungnahme beschrieben basiert die Powerkalkulation und somit die unter Abschnitt 8.4 aufgeführte Fallzahlplanung immer auf Vorannahmen. In diesem Fall sind die Evaluatoren auf Basis der wissenschaftlichen Literatur u.a. davon ausgegangen, dass über einen patientenindividuellen Follow-up Zeitraum von 18 Monaten eine tendenziell moderate Effektstärke beobachtet werden kann. Dieser Zeitraum und die zu erwartende Effektstärke beziehen sich lediglich auf den primären Endpunkt, den ungedeckten Untersützungsbedarf von Patient*innen, der auch nach Verlängerung der Rekrutierungsphase bis zum 31.12.2022 bestehen bleibt. Durch die Verlängerung der Rekrutierungsphase wird jedoch ergänzend im Rahmen von sekundären Analysen u.a. der von Patient*innen empfundene Unterstützungs- und Informationsbedarf nach einem patientenindividuellen Follow-up Zeitraum von 15 Monaten untersucht. Sekundäreanalysen sowie Sensitivitätsanalysen haben jedoch keinen Einfluss auf die Fallzahlplanung, da die Fallzahlplanung lediglich für den primären Endpunkt erstellt wird. Von einer Änderung des Abschnittes 8.4 wird daher abgesehen.

8.5 Patientenverfügbarkeit

Unter Berücksichtigung der GEKID-Daten 2014 für Hessen sowie auf Basis von Untersuchungen des WINHO [25] ist davon auszugehen, dass pro Halbjahr jährlich bei ca. 6.500 Patienten inzidente metastasierte Tumore auftreten. Unter der Annahme, dass 50% aller onkologischen Institutionen für eine Teilnahme am Vorhaben gewonnen werden können, stehen 3.250 potenziell einschlussfähige Patienten für die C-RCT in der sechsmonatigen Rekrutierungszeit zur Verfügung. Auf Basis von Erfahrungen aus anderen Studien rechnen wir damit, dass mindestens 50% der einschlussfähigen Patienten teilnehmen werden, so dass potenziell 750 Patienten je C-RCT Vergleichsgruppe rekrutiert werden könnten. Als Ziel streben wir 600 Patienten pro Vergleichsgruppe an.

8.6 Auswertung

Die statistische Analyse erfolgt je nach Skalenniveau der Zielparameter mit gemischten Modellen, welche die Mehrebenen-Struktur der Daten hinreichend berücksichtigen. Der primäre Endpunkt für diese Fragestellung wird über eine schriftliche Befragung der Teilnehmer erfasst. Für die primäre Datenanalyse wird der vom Patienten empfundene (offene/ungedeckte) Unterstützungs- und Informationsbedarf (primärer Endpunkt) als abhängige Variable herangezogen. Weitere unabhängige Variablen, wie z.B. das Alter und Geschlecht der Patienten werden sowohl auf Patientenebene, als auch auf Organisationsebene mittels statistischer Methoden identifiziert und in das Analysemodell aufgenommen. Die primäre Datenanalyse folgt dem „Intention-to-Treat“ Prinzip und bezieht Patienten ein, die potenziell ein Follow-up von 18 Monaten absolvieren konnten (d.h. Patienten die bis PM 29 eingeschlossen wurden). Sekundäre Endpunkte werden ebenfalls mittels gemischten Modellen explorativ analysiert.

Zur Absicherung der Ergebnisse, die aus der primären Anlayse resultieren werden im Rahmen der Sensitivitätsanalysen Vergleiche zwischen einzelen Studiengruppen z.B. VG I vs. IG durchgeführt. Neben der Analyse des primären Endpunktes auf Basis der per Protokoll-Population werden zudem folgende Subgruppen analysiert:

- Teilnehmer, mit einem Follow-up von bis zu 15 Monaten.
- Teilnehmer, die vor Abschluss der Studie verstorben sind.
- Teilnehmer, die ihre Befragungsunterlagen ohne Hilfe von Angehörigen ausgefüllt haben.
- Teilnehmer, die ihre Befragungsunterlagen mit Hilfe von Angehörigen ausgefüllt haben.

Bei der Analyse der Daten des Gesundheitspersonals sollen, sofern die Fallzahlen es zulassen, Subgruppenanalysen erfolgen. Bei den Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften wird beispielsweise hinsichtlich der Art der onkologischen Institution (Krankenhaus, Medizinisches Versorgungszentrum, Schwerpunktpraxis) und dem Ausmaß

der ggf. vorhandenen Vorerfahrungen mit dem OncoCoaching oder ähnlichen Schulungen unterschieden. Ebenso soll bei den Palliativpflegefachkräften eine Subgruppenanalyse mit Blick auf Unterschiede in den Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgen.

Qualitatives Datenmaterial wird je nach Fragestellung inhaltsanalytisch oder qualitativ-deskriptiv unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA ausgewertet. Fragebogendaten aus der Prozessevaluation werden deskriptiv analysiert.

Zielparameter, welche nicht aus Routinedaten gewonnen werden können (z.B. Lebensqualitätsdaten), werden papierbasiert dokumentiert und durch eine Scanner-basierte Software eingelesen und verarbeitetet (u.a. Teleform bzw. Remark Office). Ebenso wird weitere, in den Sozialwissenschaften etablierte Software für Datenverarbeitung verwendet (SPSS, R, MAXQDA).

8.7 Qualitätssicherung

Zu Zwecken der Qualitätssicherung wird ein klinischer Monitor beim Projektpartner AKS eingestellt. Dabei überwacht der klinische Monitor den Rekrutierungsprozess auf Organisations- und Patientenebene. Dies umfasst das Management von Verträgen und Einwilligungen sowie das Monitoring der Fallzahlerreichung. Zudem sorgt der klinische Monitor für die Einhaltung der geltenden Gesetze und Richtlinien, wie z.B. der Datenschutz-Grundverordnung sowie SOPs in den teilnehmenden Institutionen. Neben der Betreuung der Institutionen ist das Controlling der Befragungen eine weitere Aufgabe des klinischen Monitors.

Durch frühere Studien, welche die Mitglieder des Evaluationsteams durchgeführt haben, liegen erprobte Standard Operating Procedures (SOPs) zur Datenerhebung, zum Datenmanagement und zur Auswertung vor. Ebenso wird gemeinsam mit den Datenschutzbeauftragten der am Projekt beteiligten Institutionen ein Datenschutzkonzept erstellt, welches unter anderem die Verarbeitung pseudonymisierter Patienten- und Einrichtungsdaten vorsieht. Die Verarbeitung der Daten erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen nach Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und Sozialgesetzbüchern (SGB, insbesondere SGB V und SGB X).

Bei der administrativen, inhaltlichen und wissenschaftlichen Arbeit werden durch die Evaluation durchführenden Organisationen die „Grundsätze zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft [26] und, wo zutreffend, der Verordnung zur „Guten Klinischen Praxis der Bundesregierung“ [27] sowie die Leitlinien zur „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse“ (GPS) befolgt [28].

Literatur

1. Medizinische Hochschule Hannover. Discern-Online: Qualitätskriterien für Patienteninformationen [Internet]. 2005 [cited 2020 Feb 6]. Available from: http://www.discern.de/index.htm

2. Team HON. Discover the 8 principles of the HONcode in 35 languages [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 6]. Available from: https://www.hon.ch/cgi-bin/HONcode/principles.pl?German

3. Arbeitsgruppe GPGI. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Good practice guidelines for health information. Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wes. 2016;110–111:85–92.

4. Riese C, Weiß B, Borges U, Beylich A, Dengler R, Hermes-Moll K, et al. Effectiveness of a standardized patient education program on therapy-related side effects and unplanned therapy interruptions in oral cancer therapy: a cluster-randomized controlled trial. Support Care Cancer. 2017;25(11):3475–83.

5. Wagner A, Soumerai S, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm Ther. 2002;27(4):299–309.

6. Ewusie J, Soobiah C, Blondal E, Beyene J, Thabane L HJ. Methods, Applications and Challenges in the Analysis of Interrupted Time Series Data: A Scoping Review. J Multidiscip Heal. 2020;13:411–23.

7. Zhang F, Wagner A, Ross-Degnan D. Simulation-based power calculation for designing interrupted time series analyses of health policy interventions. J Clin Epidemiol. 2011;64(11):1252–61.

8. Renovanz M, Hickmann AK, Coburger J, Kohlmann K, Janko M, Reuter AK, et al. Assessing psychological and supportive care needs in glioma patients – feasibility study on the use of the Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34-G) and the Supportive Care Needs Survey Screening Tool (SCNS-ST9) in clinical practice. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):1–13.

9. Sklenarova H, Haun MW, Krümpelmann A, Friederich HC, Huber J, Thomas M, et al. Psychometric evaluation of the German Version of the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS-P&C-G) of cancer patients. Eur J Cancer Care (Engl). 2015;24(6):884–97.

10. Siegel A, Ehmann AT, Meyer I, Gröne O, Niebling W, Martus P, et al. PEN-13: A New Generic 13-Item Questionnaire for Measuring Patient Enablement (German Version). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23).

11. Ludwig K, Graf von der Schulenburg J-M, Greiner W. German Value Set for the EQ-5D-5L. Pharmacoeconomics. 2018;36(6):663–74.

12. Berger S, Mahler C, Krug K, Szecsenyi J, Schultz JH. Evaluation of interprofessional education: Lessons learned through the development and implementation of an inter professional seminar on team communication for undergraduate health care students in Heidelberg – A project report. GMS Z Med Ausbild. 2016;33(2).

13. Ernstmann N, Halbach S, Kowalski C, Pfaff H, Ansmann L. Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation (HL-COM). Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017;121:58–63.

14. Kowalski C, Lee SYD, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, et al. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and

validation. BMC Health Serv Res. 2015;15:1–9.

15. Kirkpatrick D. Evaluating Training Programs: The Four Levels. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.

16. Rapley T, Girling M, Mair FS, Murray E, Treweek S, McColl E, et al. Improving the normalization of complex interventions: Part 1 - Development of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT) 17 Psychology and Cognitive Sciences 1701 Psychology. BMC Med Res Methodol. 2018;18(1):1–17.

17. Vis C, Ruwaard J, Finch T, Rapley T, de Beurs D, van Stel H, et al. Toward an objective assessment of implementation processes for innovations in health care: Psychometric evaluation of the normalization Measure Development (NOMAD) questionnaire among mental health care professionals. J Med Internet Res. 2019;21(2):e12376.

18. Breimaier HE, Heckemann B, Halfens RJG, Lohrmann C. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. BMC Nurs. 2015;14(43):1–9.

19. Wensing M. The Tailored Implementation in Chronic Diseases (TICD) project: Introduction and main findings. Implement Sci. 2017;12(5):1–4.

20. Drummond M. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.

21. HM Treasury. The Green Book - Central Government Guidance on Appraisal and Evaluation. London: Crown; 2018.

22. Die Beauftragte der Bundesregierung für Informationstechnik. WiBe 5.0 - Konzept zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen in der Bundesverwaltung, insbesondere beim Einsatz der IT. Berlin; 2014.

23. U.S. Office of Management and Budget. Circular No. A-94 - Guidelines and Discount Rates for Benefit-Cost Analysis of Federal Programs. Washington, D.C.: Office of Management and Budget; 1992. 1-22 p.

24. Hammerschmidt R, Meyer I. Socio-economic impact assessment and business models for integrated ecare. In: Meyer I, Müller S, Kubitschke L, editors. Achieving Effective Integrated E-Care Beyond the Silos. Hershey , PA: IGI Global; 2014. p. 136–63.

25. Baumann W, Steinmetz HT. Kurativ oder palliativ? Therapieintentionen in onkologischen Schwerpunktpraxen. 13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 2014.

26. Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG). Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. 2019.

27. Bundesregierung. Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln zur Anwendung am Menschen (GCP-V). 2004.

28. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) - Leitlinien und Empfehlungen. 2012.

Unterschrift

Wuppertal, 06.04.2023

Ort, Datum

Unterschrift

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu

Verantwortliche Person für die Evaluation im Projekt OnCoPaTh

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T0

Basiserhebung

OncoCoach

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 1-2-00- _ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bevor Sie mit der Befragung starten ist es notwendig, dass Sie Ihr Pseudonym generieren. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen miteinander verbinden und gleichzeitig Ihre Anonymität gewährleisten.

Ihr Pseudonym besteht aus 8 Ziffern, das wie folgt generiert wird: Der Geburtsmonat und -jahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im Mai 1914 geboren; Name der Mutter Edith Müller

ID:	0	5	1	9	1	4	E	M
				Pseudonym				

Bitte Tragen Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

ID:								
				Pseudonym				

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie berufliche Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie ausfüllen?	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☐	■	☒

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen sowie Ihr zuvor generiertes Pseudonym:

				2	0	2	0
Tag		Monat		Jahr			

ID: | | | | | | | | | Pseudonym

Abschnitt A

In folgendem Abschnitt geht es um **Gesundheitskompetenz** als Thema in Ihrem Standort.

Patient*innen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Maßnahmen in Ihrem Standort, die die Gesundheitskompetenz der Patient*innen in Ihrem Standort berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihren Standort.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht“, der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

1	**In welchem Maße…**	**Über-haupt nicht**			**Teils/ teils**			**In sehr großem Maße**
		1	2	3	4	5	6	7
1.01	…widmet sich die Leitung Ihres Standorts explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild, Personalplanung)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	…wird das Thema Gesundheits-kompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitäts-managements berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	…werden Gesundheitsinforma-tionen in Ihrem Standort unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	…werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheits-informationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	…gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer*in, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Fragebogennummer: 1-2-00-_ _ _ _

	In welchem Maße…	Über-haupt nicht			Teils/ teils			In sehr großem Maße
		1	2	3	4	5	6	7
1.06	…wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Patient*innen problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.07	…werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.08	…wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme, OP-Einwilligung) wirklich alles verstanden haben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.09	…kommunizieren Sie in Ihrem Standort den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er oder sie selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.10	…werden in Ihrem Standort die Mitarbeitenden zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Gesundheitskompetenz: Kowalski C, Lee SYD, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, et al. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation. BMC Health Serv Res. 2015;15:1–9.)

Muster

Abschnitt B

In folgendem Abschnitt geht es um Aussagen, die sich auf die **Voraussetzungen und Möglichkeiten** für eine Umsetzung des OncoCoachings sowie der palliativen Begleitung beziehen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen in Bezug auf Ihren Standort zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

2	Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
2.01	...wird an unserem Standort eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft, wie den OncoCoach angestrebt.	☐	☐	☐	☐
2.02	...wird an unserem Standort eine frühe palliative Begleitung angestrebt.	☐	☐	☐	☐
	Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	**Ich stimme**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme**

		voll und ganz zu			überhaupt nicht zu
2.03	...ist an unserem Standort ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen gegeben.	☐	☐	☐	☐

3	In unserem Standort werden die Mitarbeiter dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	☐	☐	☐	☐
4	In unserem Standort werden die Ideen der Mitarbeiter aufgegriffen.	☐	☐	☐	☐
5	In unserem Standort ist man offen gegenüber innovativen Ideen.	☐	☐	☐	☐

Abschnitt C

In folgendem Abschnitt geht es um die **Kommunikation** und **interprofessionelle Interaktion in Ihrem beruflichen Umfeld**. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

6		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
6.01	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	☐	☐	☐	☐
6.02	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	☐	☐	☐	☐
6.03	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	☐	☐	☐	☐
6.04	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	☐	☐	☐	☐
6.05	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐
6.06	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	☐	☐	☐	☐
6.07	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐
6.08	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐
6.09	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	☐	☐	☐	☐

Muster

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
6.10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
6.11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	☐	☐	☐	☐
6.12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	☐	☐	☐	☐
6.13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
6.14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	☐	☐	☐	☐
6.15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐
6.16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	☐	☐	☐	☐
6.17	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐
6.18	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐

(Kommunikation und Teamarbeit, Interprofessionelle Interaktion: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg)

Muster

Abschnitt D

In folgendem Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch und Zusammenarbeit** zwischen Ihrem Standort, Patient*innen, Angehörigen und anderen Professionen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

7	**Patient*innen werden an Ihrem Standort ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…**	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
7.01	...ihre Diagnose informiert.	☐	☐	☐	☐
7.02	...ihre Prognose informiert.	☐	☐	☐	☐
7.03	…ihre Symptome informiert.	☐	☐	☐	☐
7.04	…ihre Medikation informiert.	☐	☐	☐	☐
7.05	…ihre Nebenwirkungen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.06	…ihre Therapieoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐

	Patient*innen werden an Ihrem Standort ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
7.07	…weitere Behandlungstermine informiert.	☐	☐	☐	☐
7.08	…Einschränkungen und Verbote informiert.	☐	☐	☐	☐
7.09	…Behandlungsoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.10	…Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.11	…Spezialisierte ambulante Palliativversorgung informiert.	☐	☐	☐	☐
7.12	…Pflegeeinrichtungen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.13	…Ernährungsempfehlungen informiert.	☐	☐	☐	☐

8	Angehörige erhalten alle relevanten Informationen in Bezug auf die Erkrankung und zur Betreuung der Patient*innen (z.B. Informationsmaterial zu Diagnose und Prognose, Therapieoptionen, Betreuungsangebote und Beratungsstellen).	☐	☐	☐	☐
9	Professionen, die an der Versorgung der Patient*innen beteiligt sind erhalten alle relevanten Informationen zur weiteren Betreuung (z.B. Medikationspläne, Überleitungsinformationen).	☐	☐	☐	☐

10.01	Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der Überleitung der Patient*innen?	☐ Nein → *weiter mit Frage 11* ☐ Ja
10.02		Wenn ja, welche? _____ _____ _____

11	**Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation zwischen Ihnen und...**	**Nicht zutreffend**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
11.01	…dem ärztlichen Personal Ihres Standortes.	☐	☐	☐	☐	☐
11.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
11.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
11.04	…Hausärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
11.05	…anderen Fachärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
11.06	…den SAPV-Fachkräften.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

12	**Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und...**	Nicht zutreffend	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
12.01	…dem ärztlichen Personal Ihres Standortes.	☐	☐	☐	☐	☐
12.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
12.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
12.04	…Hausärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
12.05	…anderen Fachärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
12.06	…den SAPV-Fachkräften.	☐	☐	☐	☐	☐

13.01	Sehen Sie Verbesserungs-möglichkeiten der weiteren Zusammenarbeit?	☐	Nein → *weiter mit Frage 14*
		☐	Ja
13.02		Wenn ja, welche?	
		_____	
		_____	
		_____	

Muster

Abschnitt E

Bei der Umsetzung der Intervention könnten **Widerstände oder Herausforderungen** auftreten. Wir möchten wissen, wie Sie Ihre Fähigkeiten einschätzen, mit diesen Wiederständen und Herausforderungen umzugehen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

14		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
14.01	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐
14.02	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐
14.03	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐
14.04	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐
14.05	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
14.06	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
14.07	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐
14.08	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐
14.09	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	☐	☐	☐	☐
14.10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐

(Selbstwirksamkeit: Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.)

Abschnitt F

In folgendem Abschnitt möchten wir herausfinden, wie Sie Ihr **Wissen, Ihre Kenntnisse und Erfahrungen** rund um das Thema „onkologische Versorgung und Betreuung“ einschätzen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

15	Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
15.01	Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.02	Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch)" aus.	☐	☐	☐	☐
15.03	Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.04	Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.05	Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.06	Ich fühle mich kompetent darin, onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.	☐	☐	☐	☐
15.07	Ich fühle mich kompetent darin, Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐
15.08	Ich fühle mich kompetent darin, gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung an diesem Standort zu implementieren.	☐	☐	☐	☐
15.09	Ich fühle mich kompetent darin, die Betreuung der Patient*innen gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.	☐	☐	☐	☐
15.10	Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.	☐	☐	☐	☐
15.11	Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.	☐	☐	☐	☐
15.12	Ich nehme zukünftig eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.	☐	☐	☐	☐
		Sehr gut	Gut	Befrie-digend	Ausrei-chend
16	Wie schätzen Sie Ihre eigene Beratungskompetenz vor der Schulung ein?	☐	☐	☐	☐

Muster

17	**Bisherige Berufserfahrung** (zutreffendes bitte ankreuzen)	Keine	< 1 Jahr	1-2 Jahre	3-5 Jahre	> 5 Jahre
17.01	Berufserfahrung in der Versorgung von onkologischen Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
17.02	Berufserfahrung in der Beratung von onkologischen Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
17.03	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
17.04	Berufserfahrungen in der spezialisierten Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
17.05	Berufliche Tätigkeit an Ihrem derzeitigen Standort	☐	☐	☐	☐	☐

Abschnitt G

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

18	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:	☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐ Keine Angabe
19	In welchem Jahr sind Sie geboren?	Jahr: _____
20	Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐ Kein Schulabschluss ☐ Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss ☐ Fachabitur/Abitur/Fachoberschulreife ☐ Abgeschlossenes Studium ☐ Keine Angabe
21	Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ In Elternzeit ☐ Sonstiges: _____

Muster

22	Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐	Keine abgeschlossene Berufsausbildung
		☐	Lehre/Ausbildung
		☐	Meister/Fachschule
		☐	Fachhochschule
		☐	Universität
		☐	Noch in Ausbildung/Studium
		☐	Andere _____
23	Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)	☐	Medizinische*r Fachangestellte*r/Arzthelfer*in
		☐	Altenpflege
		☐	(Gesundheits- und) Krankenpflege
		☐	(Gesundheits- und) Kinderkrankenpflege
		☐	Pflegehelfer*in
		☐	Heilpädagogik
		☐	Studium: _____
		☐	Sonstiges: _____
24	An welchen Weiterbildungen haben Sie teilgenommen? (Mehrfachantworten möglich)	☐	Fortbildungscurriculum „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer*in
		☐	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		☐	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		☐	Sonstiges: _____
		☐	Keine
25	Welche (weiteren) Zusatz-qualifikationen haben Sie erlangt? (Mehrfachantworten möglich)	☐	OncoCoach (oder vergleichbare Qualifikation)
		☐	Pflegeberatung
		☐	Wundmanagement
		☐	Kommunikation im beruflichen Kontext
		☐	Case- und Care Management
		☐	Advance Care Planning
		☐	Basale Stimulation
		☐	Kinästhetik
		☐	Aromatherapie
		☐	Wickel und Auflagen
		☐	Sonstiges: _____
		☐	Keine

Muster

Die nächsten Fragen sind nur relevant, wenn Sie eine Zusatzqualifikation erlangt haben:

26	Wurde Ihr Gehalt aufgrund einer Zusatzqualifikation angepasst?	☐	Ja
		☐	Nein

*Die nächsten Fragen sind nur relevant, wenn Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit onkologische Patient*innen beraten:*

27	Steht Ihnen ein Raum für Beratungsgespräche mit Patient*innen zur Verfügung?	☐	Ja
		☐	Nein

28	Wie viele Patient*innen haben Sie <u>in der letzten Woche</u> im Rahmen Ihrer beratenden Tätigkeit betreut?	**0-5** ☐	**6-10** ☐	**11-15** ☐	**mehr als 15** ☐

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T0

Basiserhebung

OncoCoach

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 1-1-00-1 _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bevor Sie mit der Befragung starten ist es notwendig, dass Sie Ihr Pseudonym generieren. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen miteinander verbinden und gleichzeitig Ihre Anonymität gewährleisten.

Ihr Pseudonym besteht aus 8 Ziffern, das wie folgt generiert wird: Der Geburtsmonat und -jahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im Mai 1914 geboren; Name der Mutter Edith Müller

ID:	0	5	1	9	1	4	E	M
			Pseudonym					

Bitte Tragen Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

ID:								
			Pseudonym					

Muster

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie berufliche Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie ausfüllen?	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☐	■	☒

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen sowie Ihr zuvor generiertes Pseudonym:

				2	0		
Tag		Monat		Jahr			

ID: | | | | | | | | | Pseudonym

Abschnitt A

In folgendem Abschnitt geht es um **Gesundheitskompetenz** als Thema in Ihrem Standort.

Patient*innen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Maßnahmen in Ihrem Standort, die die Gesundheitskompetenz der Patient*innen in Ihrem Standort berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihren Standort.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht“, der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

1	**In welchem Maße…**	**Über-haupt nicht**			**Teils/ teils**			**In sehr großem Maße**
		1	2	3	4	5	6	7
1.01	…widmet sich die Leitung Ihres Standorts explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild, Personalplanung)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	…wird das Thema Gesundheits-kompetenz in Ihrem Standort in Maßnahmen des Qualitäts-managements berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	…werden Gesundheitsinforma-tionen in Ihrem Standort unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	…werden in Ihrem Standort individualisierte Gesundheits-informationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	…gibt es in Ihrem Standort Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer*in, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	In welchem Maße…	Über-haupt nicht			Teils/ teils			In sehr großem Maße
		1	2	3	4	5	6	7
1.06	…wird in Ihrem Standort Mühe darauf verwendet, dass sich Patient*innen problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.07	…werden in Ihrem Standort Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.08	…wird in Ihrem Standort sichergestellt, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme, OP-Einwilligung) wirklich alles verstanden haben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.09	…kommunizieren Sie in Ihrem Standort den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er oder sie selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.10	…werden in Ihrem Standort die Mitarbeitenden zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Gesundheitskompetenz: Kowalski C, Lee SYD, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, et al. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation. BMC Health Serv Res. 2015;15:1–9.)

Muster

Abschnitt B

In folgendem Abschnitt geht es um Aussagen, die sich auf die **Voraussetzungen und Möglichkeiten** für eine Umsetzung des OncoCoachings sowie der palliativen Begleitung beziehen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen in Bezug auf Ihren Standort zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

2	Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
2.01	...wird an unserem Standort eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft, wie den OncoCoach angestrebt.	☐	☐	☐	☐
2.02	...wird an unserem Standort eine frühe palliative Begleitung angestrebt.	☐	☐	☐	☐
	Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…	**Ich stimme**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme**

		voll und ganz zu			überhaupt nicht zu
2.03	...ist an unserem Standort ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen gegeben.	☐	☐	☐	☐

3	In unserem Standort werden die Mitarbeiter*innen dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	☐	☐	☐	☐
4	In unserem Standort werden die Ideen der Mitarbeiter*innen aufgegriffen.	☐	☐	☐	☐
5	In unserem Standort ist man offen gegenüber innovativen Ideen.	☐	☐	☐	☐

Abschnitt C

In folgendem Abschnitt geht es um die **Kommunikation** und **interprofessionelle Interaktion in Ihrem beruflichen Umfeld**. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:

6		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
6.01	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	☐	☐	☐	☐
6.02	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	☐	☐	☐	☐
6.03	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	☐	☐	☐	☐
6.04	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	☐	☐	☐	☐
6.05	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐
6.06	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	☐	☐	☐	☐
6.07	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐
6.08	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐
6.09	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	☐	☐	☐	☐

Muster

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
6.10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
6.11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	☐	☐	☐	☐
6.12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	☐	☐	☐	☐
6.13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
6.14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	☐	☐	☐	☐
6.15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐
6.16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	☐	☐	☐	☐
6.17	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐
6.18	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐

(Kommunikation und Teamarbeit, Interprofessionelle Interaktion: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg)

Muster

Abschnitt D

In folgendem Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch und Zusammenarbeit** zwischen Ihrem Standort, Patient*innen, Angehörigen und anderen Professionen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

7	**Patient*innen werden an Ihrem Standort ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…**	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
7.01	...ihre Diagnose informiert.	☐	☐	☐	☐
7.02	...ihre Prognose informiert.	☐	☐	☐	☐
7.03	…ihre Symptome informiert.	☐	☐	☐	☐
7.04	…ihre Medikation informiert.	☐	☐	☐	☐
7.05	…ihre Nebenwirkungen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.06	…ihre Therapieoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐

	Patient*innen werden an Ihrem Standort ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
7.07	…weitere Behandlungstermine informiert.	☐	☐	☐	☐
7.08	…Einschränkungen und Verbote informiert.	☐	☐	☐	☐
7.09	…Behandlungsoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.10	…Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.11	…Spezialisierte ambulante Palliativversorgung informiert.	☐	☐	☐	☐
7.12	…Pflegeeinrichtungen informiert.	☐	☐	☐	☐
7.13	…Ernährungsempfehlungen informiert.	☐	☐	☐	☐

8	Angehörige erhalten alle relevanten Informationen in Bezug auf die Erkrankung und zur Betreuung der Patient*innen (z.B. Informationsmaterial zu Diagnose und Prognose, Therapieoptionen, Betreuungsangebote und Beratungsstellen).	☐	☐	☐	☐
9	Professionen, die an der Versorgung der Patient*innen beteiligt sind erhalten alle relevanten Informationen zur weiteren Betreuung (z.B. Medikationspläne, Überleitungsinformationen).	☐	☐	☐	☐

10.01	Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der Überleitung der Patient*innen?	☐ Nein → *weiter mit Frage 11* ☐ Ja
10.02		Wenn ja, welche? _____ _____ _____

Muster

11	**Wie zufrieden sind Sie mit der <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen und...**	**Nicht zutreffend**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
11.01	…dem ärztlichen Personal Ihres Standortes.	☐	☐	☐	☐	☐
11.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
11.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
11.04	…Hausärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
11.05	…anderen Fachärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
11.06	…den SAPV-Fachkräften.	☐	☐	☐	☐	☐

12	**Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der <u>Zusammenarbeit</u> zwischen Ihnen und...**	Nicht zutreffend	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
12.01	…dem ärztlichen Personal Ihres Standortes.	☐	☐	☐	☐	☐
12.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
12.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
12.04	…Hausärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
12.05	…anderen Fachärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
12.06	…den SAPV-Fachkräften.	☐	☐	☐	☐	☐

13.01	Sehen Sie Verbesserungs-möglichkeiten der weiteren Zusammenarbeit?	☐	Nein → *weiter mit Frage 14*
		☐	Ja
13.02		Wenn ja, welche?	
		_____	
		_____	
		_____	

Muster

Abschnitt E

Bei der Umsetzung der Intervention könnten **Widerstände oder Herausforderungen** auftreten. Wir möchten wissen, wie Sie Ihre Fähigkeiten einschätzen, mit diesen Wiederständen und Herausforderungen umzugehen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

14		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
14.01	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐
14.02	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐
14.03	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐
14.04	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐
14.05	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
14.06	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
14.07	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐
14.08	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐
14.09	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	☐	☐	☐	☐
14.10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐

(Selbstwirksamkeit: Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.)

Abschnitt F

In folgendem Abschnitt möchten wir herausfinden, wie Sie Ihr **Wissen, Ihre Kenntnisse und Erfahrungen** rund um das Thema „onkologische Versorgung und Betreuung“ einschätzen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

15	Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
15.01	Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.02	Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch)" aus.	☐	☐	☐	☐
15.03	Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.04	Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.05	Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
15.06	Ich fühle mich kompetent darin, onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.	☐	☐	☐	☐
15.07	Ich fühle mich kompetent darin, Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐
15.08	Ich fühle mich kompetent darin, gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung an diesem Standort anzubieten.	☐	☐	☐	☐
15.09	Ich fühle mich kompetent darin, die Betreuung der Patient*innen in einer Beratungs- /Pflegesprechstunde gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.	☐	☐	☐	☐
15.10	Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.	☐	☐	☐	☐
15.11	Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.	☐	☐	☐	☐
15.12	Ich nehme (zukünftig) eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.	☐	☐	☐	☐
		Sehr gut	Gut	Befrie-digend	Ausrei-chend
16	Wie schätzen Sie Ihre eigene Beratungskompetenz vor der Schulung ein?	☐	☐	☐	☐

Muster

17	**Bisherige Berufserfahrung** (zutreffendes bitte ankreuzen)	Keine	< 1 Jahr	1-2 Jahre	3-5 Jahre	> 5 Jahre
17.01	Berufserfahrung in der Versorgung von onkologischen Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
17.02	Berufserfahrung in der Beratung von onkologischen Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
17.03	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
17.04	Berufserfahrungen in der spezialisierten Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
17.05	Berufliche Tätigkeit an Ihrem derzeitigen Standort	☐	☐	☐	☐	☐

Abschnitt G

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

18	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:	☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐ Keine Angabe
19	In welchem Jahr sind Sie geboren?	Jahr: _____
20	Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐ Kein Schulabschluss ☐ Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss ☐ Fachabitur/Abitur/Fachoberschulreife ☐ Abgeschlossenes Studium ☐ Keine Angabe
21	Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ In Elternzeit ☐ Sonstiges: _____

Muster

22	Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐	Keine abgeschlossene Berufsausbildung
		☐	Lehre/Ausbildung
		☐	Meister/Fachschule
		☐	Fachhochschule
		☐	Universität
		☐	Noch in Ausbildung/Studium
		☐	Andere _____
23	Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)	☐	Medizinische*r Fachangestellte*r/Arzthelfer*in
		☐	Altenpflege
		☐	(Gesundheits- und) Krankenpflege
		☐	(Gesundheits- und) Kinderkrankenpflege
		☐	Pflegehelfer*in
		☐	Heilpädagogik
		☐	Studium: _____
		☐	Sonstiges: _____
24	An welchen Weiterbildungen haben Sie teilgenommen? (Mehrfachantworten möglich)	☐	Fortbildungscurriculum „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer*in der Bundesärztekammer
		☐	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		☐	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		☐	Sonstiges: _____
		☐	Keine
25	Welche (weiteren) Zusatz-qualifikationen haben Sie erlangt? (Mehrfachantworten möglich)	☐	OncoCoach (oder vergleichbare Qualifikation[1])
		☐	Pflegeberatung
		☐	Wundmanagement
		☐	Kommunikation im beruflichen Kontext
		☐	Case- und Care Management
		☐	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (Advance Care Planning)
		☐	Basale Stimulation
		☐	Kinästhetik
		☐	Aromatherapie
		☐	Wickel und Auflagen
		☐	Sonstiges: _____
		☐	Keine

Muster

[1]Hier sind Qualifikationen gemeint, die Sie berechtigen Aufgaben im Rahmen der onkologischen Versorgung zu übernehmen, die von ärztlicher Seite an Sie delegiert wurden. Diese Aufgaben umfassen beispielsweise die Beratung von Patient*innen zum Thema Komplementär- und Alternativmedizin. Unter anderem ist hier beispielsweise das strukturierte Aufbaumodul „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte (MFA), oder Fachassistent*in für medikamentöse Tumortherapie gemeint.

Die Fragen 26 und 27 sind nur relevant, wenn Sie eine Zusatzqualifikation als OncoCoach (oder vergleichbares) erlangt haben:

26 Wie lange liegt Ihre Schulung zurück?

< 1 Jahr	1-2 Jahre	3-5 Jahre	> 5 Jahre
☐	☐	☐	☐

27 Bitte geben Sie hier die Anzahl der Stunden bzw. Unterrichtseinheiten Ihrer Schulung an.

_____ ☐ Angabe in Zeitstunden

_____ ☐ Angabe in Unterrichtseinheiten (UE) (1 UE entspricht 45 Minuten)

Die nächsten Fragen sind nur relevant, wenn Sie eine der in Frage 25 aufgeführten Zusatzqualifikation erlangt haben:

28 Wurde Ihr Gehalt aufgrund einer Zusatzqualifikation angepasst?

☐ Ja

☐ Nein

*Die nächsten Fragen sind nur relevant, wenn Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit onkologische Patient*innen beraten:*

29 Steht Ihnen ein Raum für Beratungsgespräche mit Patient*innen zur Verfügung?

☐ Ja

☐ Nein

30 Wie viele Patient*innen haben Sie <u>in der letzten Woche</u> im Rahmen Ihrer beratenden Tätigkeit betreut?

0-5	**6-10**	**11-15**	**mehr als 15**
☐	☐	☐	☐

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der Palliativpflegefachkräfte

Fragebogen T0
Basiserhebung

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Fachverband SAPV Hessen

WINHO
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bevor Sie mit der Befragung starten ist es notwendig, dass Sie Ihr Pseudonym generieren. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen miteinander verbinden und gleichzeitig Ihre Anonymität gewährleisten.

Ihr Pseudonym besteht aus 8 Ziffern, das wie folgt generiert wird: Der Geburtsmonat und -jahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: die Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im Mai 1914 geboren; Name der Mutter Edith Müller

ID:	0	5	1	9	1	4	E	M
				Pseudonym				

Bitte Tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

ID:								
				Pseudonym				

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

	Immer	Häufig	Manch-mal	Selten	Nie
	1	2	3	4	5
So markieren Sie Ihre Antwort	●	○	○	○	○
Falls Sie Ihre Antwort ändern wollen	○	●	○		○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	**0**		
Tag		Monat		Jahr			

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **derzeit** tätig sind.

- ○ 1 SAPV-Team
- ○ 2 Hospizdienst
- ○ 3 Ambulanter Pflegedienst
- ○ 4 Krankenhaus
- ○ 5 Palliativstation im Krankenhaus
- ○ 6 Sonstiges (bitte eintragen): ……
  ……

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Patient*innen, Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Patient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1 **Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/die Versorgung der Patient*innen einbezogen?
(Mehrfachantworten möglich)

- ○ 1 Patient*in selbst
- ○ 2 Angehörige
- ○ 3 Hausärztliche Praxis
- ○ 4 Hämato-onkologische Praxis
- ○ 5 Krankenhaus
- ○ 6 Pflegeheim
- ○ 7 Sozialdienst
- ○ 8 Sonstige (bitte eintragen): ……
  ……

2 Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Patient*innen derzeit hinzugezogen werden?

- ○ 1 Zu früh
- ○ 2 Genau richtig
- ○ 3 Zu spät
- ○ 4 Unterschiedlich, abhängig von: ……
  ……

3 Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Sehr zufrieden	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	1	2	3	4
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5	Wie erfolgt derzeit die **Weitergabe von Informationen über Patient*innen**? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich)	**Brief** (schrift -lich)	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch)	**Fax**	**E-Mail**	**Durch Patient *in**	**Keine Weitergabe durch Versorger*in**	**Sonstiges** (z.B. App)
		1	2	3	4	5	6	7
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Patient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○	○	○

7	Wenn Sie **keine Informationen über Patient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?	…… …… ……

8	Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Patient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9	Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/ Arztbriefen** ergänzt werden sollten?	○1	Nein
		○2	Wenn ja, welche? …… …… ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung/den Patient*innen-kontakt? (Mehrfachantworten möglich)

- ○ 1 Papierform
- ○ 2 Computer
- ○ 3 Tablet/Handy
- ○ 4 Sonstiges (bitte eintragen):
  ……
  ……
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter…
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-menten-plan** (Schmerzm ittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Andere Fachärzt*in	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**?
……
……
……

12 Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informations-austausch** (z.B. runder Tisch) mit Ihnen und den Versorger*innen?

- ○ 1 Nein
- ○ 2 Ja

  Welche Informationen (bitte eintragen)?
  ……
  ……

  Mit wem (bitte eintragen)?
  ……
  ……

  In welcher Form (bitte eintragen)?
  ……
  ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informations-austausch** über die Patient*innen in **Ihrer Organisation**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen (bitte eintragen)? …… …… Mit wem (bitte eintragen)? …… …… In welcher Form (bitte eintragen)? …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informations-austausch** über die Patient*innen mit der/dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen (bitte eintragen)? …… …… Mit wem (bitte eintragen)? …… …… In welcher Form (bitte eintragen)? …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der **Kommunikation** zwischen **Ihnen** und… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○
	Hämato- onkologische Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○
	Hämato- onkologische Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglich-keiten** in der Überleitung der Patient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja, welche (bitte eintragen)? ……..……..
			……..
			……..
			……..

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglich-keiten** in der weiteren Zusammenarbeit mit den Versorger*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja, welche (bitte eintragen)? ……..……..
			……..
			……..
			……..

Abschnitt 2

Patient*innen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen in Ihrer Organisation (z.B. SAPV-Team, Hospizdienste, ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus, Palliativstation), die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Organisation. Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	Über-haupt nicht			**Teils/ teils**			**In sehr großem Maße**
	1	2	3	4	5	6	7
In welchem Maße…							
…widmet sich die Leitung Ihrer Organisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild, Personalplanung)?	○	○	○	○	○	○	○
…wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrer Organisation in Maßnahmen des Qualitäts-managements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
…werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Organisation unter Einbezug von Patienten entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
…werden in Ihrer Organisation individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
…gibt es in Ihrer Organisation Kommunikations-standards, die sicherstellen, dass Patienten die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
…werden in Ihrer Organisation Informationen für unterschiedliche Patienten über verschiedene Medien bereit-gestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
…wird in Ihrer Organisation sichergestellt, dass die Patienten besonders in kritischen Situationen (z.B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
…kommunizieren Sie in Ihrer Organisation dem Patienten im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?	○	○	○	○	○	○	○
…werden in Ihrer Organisation die Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	Ich stimme voll und ganz zu 1	**Ich stimme zu** 2	**Ich stimme nicht zu** 3	**Ich stimme überhaupt nicht zu** 4
Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 4

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.
Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers
		○4	Keine Angabe

2	**In welchem Jahr sind Sie geboren?**	…….. (Vorgabe: 19xx oder 20xx)

3	Was ist Ihr **höchster berufsrelevanter Abschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss
		○3	Mittlere Reife/Fachoberschulreife
		○4	Hochschulabschluss (Fachhochschule/Universität)
		○5	Keine Angabe

4	Wie ist Ihr derzeitiger **Beschäftigungsstatus**?	○1	Vollzeit
		○2	Teilzeit
		○3	Sonstiges (bitte eintragen): ……..……

5	Welcher **Berufsgruppe** gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r/Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Studium (bitte eintragen): ……..…….. ……
		○8	Sonstiges (bitte eintragen): ……..... ……

6	Verfügen Sie über folgende **Fachweiterbildung**? (Mehrfachantworten möglich)	○1	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		○2	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		○3	Sonstige (bitte eintragen):…….. ……
		○4	Nein

7	Haben Sie (weitere) **Zusatzqualifikationen**? (Mehrfachantworten möglich)	○ 1	Pflegeberatung
		○ 2	Wundmanagement
		○ 3	Kommunikation im beruflichen Kontext
		○ 4	Case- und Care Management
		○ 5	Advance Care Planning
		○ 6	Basale Stimulation
		○ 7	Kinästhetik
		○ 8	Aromatherapie
		○ 9	Wickel und Auflagen
		○ 10	Sonstige (bitte eintragen):…….. ……
		○ 11	Nein

8	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1-2 Jahre** 3	**3-5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen	○	○	○	○	○
	Erfahrungen in der Beratung hämatologischen/onkologischen Patient*innen	○	○	○	○	○
	Berufserfahrungen mit hämatologischen/onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung	○	○	○	○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte an:



Lisa Blattert, M.Sc.
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – WINHO – GmbH
Vor den Siebenburgen 2, 50676 Köln

E-Mail: blattert@winho.de
Telefon: 0221 - 933 19 19 18

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T1

OncoCoach

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 1-2-10- _ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bevor Sie mit der Befragung starten ist es notwendig, dass Sie Ihr Pseudonym wie in der letzten Befragung generieren. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen miteinander verbinden und gleichzeitig Ihre Anonymität gewährleisten.

Bitte verwenden Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym wie bei der letzten Befragung. Diese können Sie wie folgt generieren: Der Geburtsmonat und das Geburtsjahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im Mai 1914 geboren; Name der Mutter Edith Müller

ID:	0	5	1	9	1	4	E	M
				Pseudonym				

Bitte Tragen Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

ID:								
				Pseudonym				

Muster

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie berufliche Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie ausfüllen?	stimme gar **nicht** zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme **voll** und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☐	■	☒

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen sowie Ihr zuvor generiertes Pseudonym:

						2	0	2	1						
Tag		Monat		Jahr											

ID: | | | | | | | | | | | | | | |

	Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen in Bezug auf Ihren Standort zustimmen.	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
5	Mir stehen die zeitlichen Ressourcen für die Durchführung einer OncoCoaching Sprechstunde zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
6	Mir stehen die räumlichen Ressourcen für eine OncoCoaching Sprechstunde zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
7	Es gibt eine schriftliche Vereinbarung zwischen meiner bzw. meinem Vorgesetzten und mir, die meine Tätigkeit als OncoCoach regelt.	☐	☐	☐	☐
8	In unserem Standort können die notwendigen Rahmenbedingungen für ein Coaching-Gespräch (z.B. ausreichend Vorbereitungszeit, ruhige Umgebung) umgesetzt werden.	☐	☐	☐	☐

Abschnitt C

In folgendem Abschnitt geht es um die **Kommunikation** und **Interaktion** mit Ärzt*innen, Pflegefachkräfte, Medizinischen Fachangestellten und weiterem Gesundheitspersonal **in Ihrem beruflichen Umfeld**. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	☐	☐	☐	☐
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen (z.B. Fachbegriffe in der Kommunikation mit Patient*innen zu vermeiden).	☐	☐	☐	☐
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	☐	☐	☐	☐
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	☐	☐	☐	☐
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
9	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	☐	☐	☐	☐
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	☐	☐	☐	☐
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	☐	☐	☐	☐
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	☐	☐	☐	☐
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	☐	☐	☐	☐
17	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐
18	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐

(Kommunikation und Teamarbeit, Interprofessionelle Interaktion: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg)

Muster

Abschnitt D

In folgendem Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch und Zusammenarbeit** zwischen Ihrem Standort, Patient*innen, Angehörigen und anderen Professionen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

1	Patient*innen werden an Ihrem Standort ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1.01	...ihre Diagnose informiert.	☐	☐	☐	☐
1.02	...ihre Prognose informiert.	☐	☐	☐	☐
1.03	…ihre Symptome informiert.	☐	☐	☐	☐
1.04	…ihre Medikation informiert.	☐	☐	☐	☐

	Patient*innen werden an Ihrem Standort ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1.05	…ihre Nebenwirkungen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.06	…ihre Therapieoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.07	…weitere Behandlungstermine informiert.	☐	☐	☐	☐
1.08	…Einschränkungen und Verbote informiert.	☐	☐	☐	☐
1.09	…Behandlungsoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.10	…Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.11	…Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) informiert.	☐	☐	☐	☐
1.12	…Pflegeeinrichtungen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.13	…Ernährungsempfehlungen informiert.	☐	☐	☐	☐

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
2	Angehörige erhalten alle relevanten Informationen in Bezug auf die Erkrankung und zur Betreuung der Patient*innen (z.B. Informationsmaterial zu Diagnose und Prognose, Therapieoptionen, Betreuungsangebote und Beratungsstellen).	☐	☐	☐	☐
3	Professionen, die an der Versorgung der Patient*innen beteiligt sind erhalten alle relevanten Informationen zur weiteren Betreuung (z.B. Medikationspläne, Überleitungsinformationen).	☐	☐	☐	☐
3a	Sofern Patient*innen palliativ versorgt werden stehen dem ärztlichen Personal an meinem Standort alle relevanten Informationen aus der palliativen Betreuung zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
3b	Im Rahmen meiner Tätigkeit als OncoCoach arbeite ich mit den Ärzt*innen an meinem Standort Hand in Hand.	☐	☐	☐	☐

4.01	Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der Überleitung der Patient*innen?	☐	Nein → *weiter mit Frage 5*
		☐	Ja
4.02		Wenn ja, welche?	
		_____	
		_____	
		_____	

Muster

5	**Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation zwischen Ihnen und...**	**Nicht zutreffend**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
5.01	…dem ärztlichen Personal Ihres Standortes.	☐	☐	☐	☐	☐
5.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
5.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
5.04	…Hausärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
5.05	…anderen Fachärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
5.06	…den SAPV-Fachkräften.	☐	☐	☐	☐	☐
6	**Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und...**	**Nicht zutreffend**	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
6.01	…dem ärztlichen Personal Ihres Standortes.	☐	☐	☐	☐	☐
6.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
6.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal.	☐	☐	☐	☐	☐
6.04	…Hausärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
6.05	…anderen Fachärzt*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
6.06	…den SAPV-Fachkräften.	☐	☐	☐	☐	☐

7.01	Sehen Sie Verbesserungs-möglichkeiten in der weiteren Zusammenarbeit?	☐	Nein → *weiter mit Frage 8*
		☐	Ja
7.02		Wenn ja, welche?	
		_____	
		_____	
		_____	
8	Gibt es Palliativpflegefachkräfte (z.B. aus einem SAPV-Team) mit denen Sie bereits zusammen-arbeiten?	☐	Nein
		☐	Ja
9	Haben Sie eine Palliativpflege-fachkraft als konkrete*n Ansprechpartner*in?	☐	Nein
		☐	Ja
9	Hat sich Ihre Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal aus Ihrem Standort seit dem Abschluss Ihrer Schulung positiv verändert.	☐	Nein
		☐	Ja
10	Hat sich die Zusammenarbeit mit Palliativpflegefachkräften seit dem Abschluss Ihrer Schulung positiv verändert.	☐	Nein
		☐	Ja

Muster

Abschnitt E

In folgendem Abschnitt bitten wir Sie um eine Einschätzung zu Ihrem Umgang mit **Herausforderungen** im Alltag.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	☐	☐	☐	☐
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐

(Selbstwirksamkeit: Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.)

Muster

Abschnitt F

In folgendem Abschnitt möchten wir herausfinden, wie Sie Ihr **Wissen, Ihre Kenntnisse und Erfahrungen** rund um das Thema „onkologische Versorgung und Beratung“ einschätzen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Aussagen das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

	Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1	Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
2	Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch)" aus.	☐	☐	☐	☐
3	Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
4	Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
5	Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
5a	Ich kenne den Unterschied zwischen einer frühen palliativen Betreuung und der allgemeinen bzw. spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV).	☐	☐	☐	☐
	Ich fühle mich kompetent darin, …				
5b	…ein Coaching-Gespräch angemessen vorzubereiten (d.h. Rahmenbedingungen herzustellen und wichtige Informationen zu sammeln).	☐	☐	☐	☐
5c	…Informationen zu Medikamenten über zuverlässige Quellen zu finden.	☐	☐	☐	☐
5d	…die Bedürfnisse der onkologischen Patient*innen einzuschätzen.	☐	☐	☐	☐
6	…onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.	☐	☐	☐	☐
7	…Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐
8	…gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung an diesem Standort zu implementieren.	☐	☐	☐	☐
8a	…onkologische Patient*innen über das Angebot und die Vorteile einer frühen palliativen Betreuung zu informieren.	☐	☐	☐	☐
8b	…Widerstände oder Bedenken zur frühen palliativen Betreuung seitens der Patient*innen zu identifizieren und darauf einzugehen.	☐	☐	☐	☐
8c	…die Angehörigen in das OncoCoaching einzubeziehen.	☐	☐	☐	☐
9	…die Beratung der Patient*innen gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.	☐	☐	☐	☐

	Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
10	Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.	☐	☐	☐	☐
11	Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.	☐	☐	☐	☐
12	Ich nehme zukünftig eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.	☐	☐	☐	☐
12a	Für Probleme, die im Beratungsgespräch (OncoCoaching) entstehen können, kann ich eine geeignete Lösung finden.	☐	☐	☐	☐

Muster

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
12b	Bei überraschenden Ereignissen im Beratungsgespräch (OncoCoaching) glaube ich, dass ich gut mit diesen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
12c	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, das Beratungsgespräch (OncoCoaching) positiv zu Ende zu führen.	☐	☐	☐	☐
12d	Die gelernten Inhalte der Schulung kommen in meinem Arbeitsalltag zur Anwendung.	☐	☐	☐	☐
12e	Die gelernten Inhalte lassen sich gut in meinen Arbeitsalltag einbinden.	☐	☐	☐	☐
12f	Die Schulung wirkt sich positiv auf meinen Umgang mit Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
12g	Durch die Zusatzqualifikation als OncoCoach erweitert sich der Handlungsspielraum meiner beruflichen Tätigkeit.	☐	☐	☐	☐
12h	Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Patient*innen ausreichend Anerkennung für meine Arbeit mit Krebspatient*innen bekomme.	☐	☐	☐	☐

		Sehr gut	Gut	Befrie-digend	Ausrei-chend
13	Wie schätzen Sie Ihre eigene Beratungskompetenz **vor** der Schulung ein?	☐	☐	☐	☐

	Wie beurteilen Sie die Schulung anhand von…	Sehr gut	Gut	Befrie-digend	Ausrei-chend
13a	…Inhalt und Umfang.	☐	☐	☐	☐
13b	…sinnvoller Arbeitsablauf.	☐	☐	☐	☐
13c	…Vorträge der Dozenten.	☐	☐	☐	☐
13d	…Einsatz der vorhandenen Medien.	☐	☐	☐	☐
13e	…Reaktion der Dozenten auf Nachfragen/ Rückfragen durch Teilnehmer.	☐	☐	☐	☐

13f	Wie schätzen Sie Ihre eigene Beratungskompetenz **nach** der Schulung ein?	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt H

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Tätigkeit und Ihrem Arbeitsalltag.**

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.

1	Wurde Ihr Gehalt aufgrund der abgeschlossenen OncoCoach-Schulung angepasst?	☐	Ja
		☐	Nein
2	Haben Sie das Gefühl, dass sich die OncoCoach-Schulung positiv auf Ihre berufliche Qualifikation ausgewirkt hat?	☐	Ja
		☐	Nein

3	Haben Sie feste Zeiten für eine OncoCoach Sprechstunde eingerichtet?	☐	Ja
		☐	Nein
4	Haben Sie seit Beginn der Schulung onkologische Patient*innen beraten (OncoCoaching)?	☐	Ja
		☐	Nein → *weiter mit Frage 7.01*
5	Nutzen Sie für Beratungsgespräche mit onkologischen Patient*innen (OncoCoaching) einen separaten Raum?	☐	Ja
		☐	Nein

6	Wie viele Coaching-Gespräche haben Sie in der letzten Woche durchgeführt?	**0-5**	**6-10**	**11-15**	**mehr als 15**
		☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an die Tätigkeiten, die Sie bei Ihrer Arbeit tagtäglich ausführen. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Tätigkeiten?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

7	**Meine Tätigkeiten…**	**stimmt gar nicht**	**stimmt wenig**	**stimmt teilweise**	**stimmt ziemlich**	**stimmt völlig**
7.01	…sind ziemlich uninteressant.	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	…sind spannend.	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	…fordern mich.	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	…langweilen mich.	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	…gefallen mir.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an die Kolleg*innen, mit denen Sie regelmäßig zusammenarbeiten. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Arbeitskolleg*innen?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

8	**Meine Arbeitskolleg*innen sind…**	**stimmt gar nicht**	**stimmt wenig**	**stimmt teilweise**	**stimmt ziemlich**	**stimmt völlig**
8.01	…zerstritten.	☐	☐	☐	☐	☐
8.02	…sympathisch.	☐	☐	☐	☐	☐
8.03	…kollegial.	☐	☐	☐	☐	☐
8.04	…angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
8.05	…frustrierend.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Denken Sie bitte an Ihre aktuellen Möglichkeiten, sich im Job weiterzuentwickeln, aufzusteigen und verantwortungsvollere Aufgaben zu übernehmen. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten? Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

9	Meine Entwicklungsmöglichkeiten…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
9.01	…sind gut.	☐	☐	☐	☐	☐
9.02	…sind ziemlich eingeschränkt.	☐	☐	☐	☐	☐
9.03	…sind angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐
9.04	…existieren kaum.	☐	☐	☐	☐	☐
9.05	…sind leistungsgerecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie nun bitte an Ihre aktuelle Bezahlung inklusive aller Zuschläge und Zuschüsse. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Bezahlung?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

10	Meine Bezahlung…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
10.01	…ist fair.	☐	☐	☐	☐	☐
10.02	…ist ungerecht.	☐	☐	☐	☐	☐
10.03	…ist zufriedenstellend.	☐	☐	☐	☐	☐
10.04	…ist unangemessen.	☐	☐	☐	☐	☐
10.05	…ist schlecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an Ihre*n direkte*n Vorgesetzte*n (der*die Ihnen Anweisungen gibt und Ihre Arbeit kontrollieren kann). Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre*n Vorgesetzte*n?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

11	Mein*e direkte*r Vorgesetzte*r…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
11.01	…ist rücksichtsvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
11.02	…ist fair.	☐	☐	☐	☐	☐
11.03	…ist unbeliebt.	☐	☐	☐	☐	☐
11.04	…ist vertrauenswürdig.	☐	☐	☐	☐	☐
11.05	…ist ungerecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren aktuellen Job im Allgemeinen. Wie gut beschreiben diese Aussagen Ihren Job? Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

12	Alles in allem ist mein Job…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
12.01	…gut.	☐	☐	☐	☐	☐
12.02	…zufriedenstellend.	☐	☐	☐	☐	☐
12.03	…dürftig.	☐	☐	☐	☐	☐
12.04	…angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
12.05	…niemandem zu wünschen.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Denken Sie bitte an Ihre (zukünftige) Tätigkeit als OncoCoach. Wie zutreffend sind die folgenden Aussagen? Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

13	Meine Tätigkeit als OncoCoach	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
13.01	… wirkt sich positiv auf meine Zufriedenheit mit meinem Job aus.	☐	☐	☐	☐	☐
13.02	…wirkt sich negativ auf die Zusammenarbeit mit meinen Kolleg*innen aus.	☐	☐	☐	☐	☐
13.03	…wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal an meinem Standort aus.	☐	☐	☐	☐	☐
13.04	…führt zu einer höheren Belastung in meinem Arbeitsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
13.05	…führt bei meinen Kolleg*innen zu einer höheren Belastung im Arbeitsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
13.06	…wird durch das ärztliche Personal an meinem Standort unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐

(Arbeitszufriedenheit: Haarhaus, B. (2015). Entwicklung und Validierung eines Kurzfragebogens zur Erfassung von allgemeiner und facetten-spezifischer Arbeitszufriedenheit. Diagnostica, 62 (2), 61-73.)

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Arbeitsklima an Ihrem Standort (d.h. die Praxis bzw. die Station in/auf der Sie tätig sind). Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

14	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
14.01	An meinem Standort herrscht Einigkeit und Einverständnis vor.	☐	☐	☐	☐
14.02	An meinem Standort haben wir Vertrauen zueinander.	☐	☐	☐	☐
14.03	An meinem Standort gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.	☐	☐	☐	☐
14.04	An meinem Standort ist das Betriebsklima gut.	☐	☐	☐	☐
14.05	An meinem Standort ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	☐	☐	☐	☐
14.06	An meinem Standort vertreten wir viele Werte gemeinsam.	☐	☐	☐	☐

(Sozialkapital: Ansmann, L.; Hower, K.I.; Wirtz, M.A.; Kowalski, C.; Ernstmann, N.; McKee, L.; Pfaff, H. Measuring social capital of healthcare organizations reported by employees for creating positive workplaces—Validation of the SOCAPO-E instrument. BMC Health Serv. Res. 2020, 20, 272.)

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der Palliativpflegefachkräfte

Fragebogen T1
Basiserhebung

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

FACHVERBAND SAPV HESSEN

WINHO
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie den Fragebogen (t0-Erhebung) bereits ausgefüllt haben, bitten wir Sie die Fragen in Abschnitt 4 (Angaben zu Ihrer Person) trotzdem erneut auszufüllen, da kleine Änderungen vorgenommen wurden und diese Angaben für die Basiserhebung benötigt werden. Ab dem nächsten Erhebungszeitpunkt werden diese Angaben nicht mehr erhoben.

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym generieren**. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird: Der Geburtsmonat und das Geburtsjahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: die Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburts-monat		Geburtsjahr				Initialen	

Bitte Tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis (Mehrfachantworten möglich) dazu.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt bzw. ausgemalt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen oder ausmalen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

	Immer	**Häufig**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**
	1	2	3	4	5
So markieren Sie Ihre Antwort	●	○	○	○	○
Falls Sie Ihre Antwort ändern wollen	○	●	○		○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen:

				2	0		

Tag | Monat | Jahr

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **derzeit** tätig sind.

- ○ 1 SAPV-Team
- ○ 2 Hospizdienst
- ○ 3 Ambulanter Pflegedienst
- ○ 4 Krankenhaus
- ○ 5 Palliativstation im Krankenhaus
- ○ 6 Sonstiges (bitte eintragen): ……
  ……

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Patient*innen, Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Patient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1 **Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/die Versorgung der Patient*innen einbezogen?
(Mehrfachantworten möglich)

- ○ 1 Patient*in selbst
- ○ 2 Angehörige
- ○ 3 Hausärztliche Praxis
- ○ 4 Hämato-onkologische Praxis
- ○ 5 Krankenhaus
- ○ 6 Pflegeheim
- ○ 7 Sozialdienst
- ○ 8 Sonstige (bitte eintragen): ……
  ……

2 Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Patient*innen derzeit hinzugezogen werden?

- ○ 1 Zu früh
- ○ 2 Genau richtig
- ○ 3 Zu spät
- ○ 4 Unterschiedlich, abhängig von: ……
  ……

3 Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Sehr zufrieden 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5	Wie erfolgt derzeit die **Weitergabe von Informationen über Patient*innen**? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich)	**Brief** (schrift -lich)	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch)	**Fax**	**E-Mail**	**Durch Patient *in**	**Keine Weitergabe durch Versorger*in**	**Sonstiges** (z.B. App)
		1	2	3	4	5	6	7
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Patient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○	○	○

7	Wenn Sie **keine Informationen über Patient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?	…… …… ……

8	Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Patient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9	Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/ Arztbriefen** ergänzt werden sollten?	○1	Nein
		○2	Wenn ja, welche? …… …… ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung/den Patient*innen-kontakt? (Mehrfachantworten möglich)

- ○ 1 Papierform
- ○ 2 Computer
- ○ 3 Tablet/Handy
- ○ 4 Sonstiges (bitte eintragen):
  ……
  ……
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter…
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-menten-plan** (Schmerzm ittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Andere Fachärzt*in	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**?
……
……
……

12 Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informations-austausch** (z.B. runder Tisch) mit Ihnen und den Versorger*innen?

- ○ 1 Nein
- ○ 2 Ja

  Welche Informationen (bitte eintragen)?
  ……
  ……

  Mit wem (bitte eintragen)?
  ……
  ……

  In welcher Form (bitte eintragen)?
  ……
  ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informations-austausch** über die Patient*innen in **Ihrer Organisation**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen (bitte eintragen)? …… …… Mit wem (bitte eintragen)? …… …… In welcher Form (bitte eintragen)? …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informations-austausch** über die Patient*innen mit der/dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen (bitte eintragen)? …… …… Mit wem (bitte eintragen)? …… …… In welcher Form (bitte eintragen)? …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der **Kommunikation** zwischen **Ihnen** und… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○
	Hämato- onkologische Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○
	Hämato- onkologische Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der Überleitung der Patient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja, welche (bitte eintragen)? ……..……..
			……
			……
			……

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren Zusammenarbeit mit den Versorger*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja, welche (bitte eintragen)? ……..……..
			……
			……
			……

Abschnitt 2

Patient*innen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen in Ihrer Organisation (z.B. SAPV-Team, Hospizdienste, ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus, Palliativstation), die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Organisation. Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	Über-haupt nicht			**Teils/ teils**			**In sehr großem Maße**
	1	2	3	4	5	6	7
In welchem Maße…							
…widmet sich die Leitung Ihrer Organisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild, Personalplanung)?	○	○	○	○	○	○	○
…wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrer Organisation in Maßnahmen des Qualitäts-managements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
…werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Organisation unter Einbezug von Patienten entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
…werden in Ihrer Organisation individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
…gibt es in Ihrer Organisation Kommunikations-standards, die sicherstellen, dass Patienten die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
…werden in Ihrer Organisation Informationen für unterschiedliche Patienten über verschiedene Medien bereit-gestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
…wird in Ihrer Organisation sichergestellt, dass die Patienten besonders in kritischen Situationen (z.B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
…kommunizieren Sie in Ihrer Organisation dem Patienten im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?	○	○	○	○	○	○	○
…werden in Ihrer Organisation die Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	Ich stimme voll und ganz zu 1	**Ich stimme zu** 2	**Ich stimme nicht zu** 3	**Ich stimme überhaupt nicht zu** 4
Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 4

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.
Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers
		○4	Keine Angabe

2	**In welchem Jahr sind Sie geboren?**	…….. (Vorgabe: 19xx oder 20xx)

3	Was ist Ihr **höchster Schulabschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss
		○3	Mittlere Reife/Fachoberschulreife
		○4	Abitur/Fachhochschulreife
		○5	Hochschulabschluss (Fachhochschule/Universität)
		○6	Keine Angabe

4	Wie ist Ihr derzeitiger **Beschäftigungsstatus**?	○1	Vollzeit
		○2	Teilzeit
		○3	Sonstiges (bitte eintragen): ……..……

5	Welcher **Berufsgruppe** gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r/Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Studium (bitte eintragen): ……..…….. ……
		○8	Sonstiges (bitte eintragen): ……..... ……

6	Verfügen Sie über folgende **Fachweiterbildung**? (Mehrfachantworten möglich)	○1	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		○2	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		○3	Sonstige (bitte eintragen):…….. ……
		○4	Nein

7	Haben Sie (weitere) **Zusatzqualifikationen**? (Mehrfachantworten möglich)	○ 1	Pflegeberatung
		○ 2	Wundmanagement
		○ 3	Kommunikation im beruflichen Kontext
		○ 4	Case- und Care Management
		○ 5	Advance Care Planning
		○ 6	Basale Stimulation
		○ 7	Kinästhetik
		○ 8	Aromatherapie
		○ 9	Wickel und Auflagen
		○ 10	Sonstige (bitte eintragen):…….. ……
		○ 11	Nein

8	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1-2 Jahre** 3	**3-5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen	○	○	○	○	○
	Erfahrungen in der Beratung hämatologischen/onkologischen Patient*innen	○	○	○	○	○
	Berufserfahrungen mit hämatologischen/onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung	○	○	○	○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte an:



Lisa Blattert, M.Sc.
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – WINHO – GmbH
Vor den Siebenburgen 2, 50676 Köln

E-Mail: blattert@winho.de
Telefon: 0221 - 933 19 19 18

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

1. Befragung der

*Ärzt*innen*

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 1-4-20- _ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir wissen, welche **Aspekte** Ihnen **in der Versorgung Ihrer Patient*innen** wichtig sind.

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen zutreffen.

1	**Für die Versorgung meiner Patient*innen mit einer <u>fortgeschrittenen Krebserkrankung</u> ist mir wichtig, dass…**	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.01	…Lebenssituation und Wünsche der Patient*innen in die Behandlungsentscheidungen einbezogen werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	… alle möglichen kurativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	… Patient*innen Unterstützung durch eine palliative Pflegefachperson erhalten, wenn die tumorspezifische Therapie abgeschlossen ist.	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	… ich die onkologische Versorgung in allen Stadien bis zum Lebensende koordiniere.	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	… ich meine Patient*innen palliativmedizinisch und seelisch bis zum Lebensende unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐
1.06	… ich meine Patient*innen umfassend über ihre Behandlungsoptionen aufkläre.	☐	☐	☐	☐	☐
1.07	… ich meine Patient*innen über komplementäre und alternative Medizin (KAM) informiere.	☐	☐	☐	☐	☐
1.08	… Patient*innen Unterstützung durch eine palliative Pflegefachperson erhalten, auch wenn sie aktuell eine Krebstherapie erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt B:

In folgendem Abschnitt geht es um die **Zusammenarbeit und Kommunikation** und interprofessionelle Interaktion in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

Wie schätzen Sie folgende Fragen ein:

1	**In welchen Fällen ziehen Sie Pflegefachpersonen der palliativen Versorgung für die Versorgung Ihrer Patient*innen hinzu?** (Mehrfachantwort möglich)	
1.01	☐	Wenn Patient*innen oder deren Angehörige den Wunsch nach palliativer Unterstützung geäußert haben.
1.02	☐	Wenn sich der Gesundheitszustand der Patient*innen sehr stark oder schnell verschlechtert hat.
1.03	☐	Wenn alle kurativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind.

Weitere Antwortmöglichkeiten finden Sie auf der nächsten Seite!

1.04	☐	Ich biete allen Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung die Möglichkeit einer Unterstützung durch palliative Pflegefachpersonen an.
1.05	☐	Ich biete allen Patient*innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung palliative Unterstützung im Rahmen meiner ärztlichen Tätigkeit an.
1.06	☐	Patient*innen finden den Zugang zur palliativen Versorgung meist über andere Kolleg*innen z.B. den bzw. die Hausärzt*in.
1.07	☐	Sonstiges: _____ _____

2	**Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der <u>Zusammenarbeit</u> zwischen Ihnen und...**	Sehr unzu-frieden	Eher unzu-frieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Nicht zu-treffend
2.01	…dem nicht-ärztlichen Fachpersonal Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	…Hausärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	…anderen Fachärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
2.04	… Pflegefachpersonen der ambulanten palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
2.05	… Pflegefachpersonen der stationären palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
2.06	… Fachkräften aus dem psychosozialen Fachbereich?	☐	☐	☐	☐	☐

3 **Sehen Sie einen Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen der palliativen Versorgung?**

☐ Ja ☐ Nein → weiter mit Frage 5

4 **Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?** *(denken Sie z.B. an bestimmte Leistungserbringer bzw. Situationen)*

_____

_____

_____

_____

Muster

5	**Bitte denken Sie an die Zeit <u>vor Beginn der Studie</u>: Wie würden Sie aus Ihrer Sicht zu diesem Zeitpunkt <u>die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Einrichtung und einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung</u> (z.B. SAPV-Team, Hospiz) beschreiben?** (Mehrfachantwort möglich)	
5.01	☐	Wir bilden mit mindestens einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung ein Team, d.h. Rollen und Aufgaben sind klar verteilt und das Wohlergehen der Patient*innen liegt in der gemeinsamen Verantwortung. Die Expertise der Team-Mitglieder ist für die ärztlichen Entscheidungen relevant.
5.02	☐	Es besteht eine koordinierte Zusammenarbeit mit mindestens einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung, d.h. wir haben ein gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben (z.B. über formelle oder informelle Absprachen) und kommunizieren regelmäßig.
5.03	☐	Wir kooperieren mit mindestens einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung, d.h. wir versorgen uns gegenseitig mit wichtigen Informationen. Ein gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben besteht teilweise (z.B. über informelle Absprachen).
5.04	☐	Es ist mindestens eine externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung in meinem regionalen Versorgungsnetzwerk vertreten. Es besteht wenig gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben und wir kommunizieren selten miteinander.
5.05	☐	Es besteht keine engere Zusammenarbeit mit einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung. Wir tauschen keine Informationen untereinander aus und es besteht kein gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben.

6	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:**	**Ich stimme über-haupt nicht zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme voll und ganz zu**
6.01	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	☐	☐	☐	☐
6.02	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	☐	☐	☐	☐
6.03	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	☐	☐	☐	☐
6.04	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	☐	☐	☐	☐
6.05	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐
6.06	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	☐	☐	☐	☐
6.07	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐
6.08	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐
6.09	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Teils teils	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
7.01	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild von einander.	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Kommunikation und Teamarbeit, Interprofessionelle Interaktion: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg)

Muster

Abschnitt C:

Im folgenden Abschnitt sind Annahmen aufgeführt, die das **Arbeitsklima** in Ihrer Einrichtung betreffen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

1	In meiner onkologischen Praxis bzw. Einrichtung…	Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
1.01	…werden Mitarbeiter*innen dazu ermutigt neue Ideen einzubringen.	☐	☐	☐	☐
1.02	…werden Ideen der Mitarbeiter*innen aufgegriffen.	☐	☐	☐	☐
1.03	…werden Verbesserungsvorschläge umgesetzt.	☐	☐	☐	☐
1.04	…verlaufen Bemühungen für bessere Arbeitsabläufe im Sande.	☐	☐	☐	☐
1.05	…kann man sich generell die Mühe sparen, Verbesserungsvorschläge zu machen.	☐	☐	☐	☐
1.06	…finden Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen Beachtung.	☐	☐	☐	☐

	In meiner onkologischen Praxis bzw. Einrichtung…	Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
1.07	…ist man offen gegenüber neuen Ideen (Abläufen, Methoden, Technik, usw.).	☐	☐	☐	☐

(Quellen: Innovationsklima: Pfaff, H., Pülhofer, F., Brinkmann, A. et al. (2004). Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE) Kompendium valider Kennzahlen. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, Köln)

2	Ich vertraue darauf, dass Mitarbeiter*innen...	Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme eher nicht zu	Teils teils	Ich stimme eher zu	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
2.01	... vollkommen ehrlich zu mir sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	... die Interessen unserer Praxis bzw. Einrichtung über ihre eigenen stellen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	… gegebene Versprechen halten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.04	… für die Ausführung ihrer Arbeiten qualifiziert sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.05	... zu wichtigen Themen sagen, was sie wirklich denken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.06	… mein Wohlbefinden wichtig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.07	… zum Erfolg unserer Organisation beitragen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.08	… ihren Worten Taten folgen lassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ich vertraue darauf, dass Mitarbeiter*innen...	**Ich stimme über-haupt nicht zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Ich stimme eher zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme voll und ganz zu**
2.09	… wichtige Informationen mit mir teilen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.10	… die Zukunft unserer Organisation wichtig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.11	… zur Lösung wichtiger Probleme in unserer Organisation beitragen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.12	… einheitliche Erwartungen an mich haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	Ich vertraue darauf, dass Mitarbeiter*innen...	Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme eher nicht zu	Teils teils	Ich stimme eher zu	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
2.13	… persönliche Opfer für unsere Organisation bringen würden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.14	… eigene Fehler zugeben würden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.15	… zum Fortbestand unserer Organisation beitragen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.16	… zuverlässig sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Vertrauen: Spreitzer, G., A. Mishra. (1999) Giving up control without losing control.Group Organ. Management, 24155–187)

Abschnitt D:

Im folgenden Abschnitt geht es um **Ihre Einschätzung der Umsetzbarkeit** der neuen Versorgungsform OnCoPaTh-Projektes.

3	Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Bitte denken Sie dabei an die Umsetzung des Projektes in Ihrer Versorgungspraxis	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
3.01	Die neue Versorgungsform scheint umsetzbar zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
3.02	Die neue Versorgungsform scheint möglich zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
3.03	Die neue Versorgungsform scheint machbar zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
3.04	Die neue Versorgungsform scheint benutzerfreundlich zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Kien, C., Griebler, U., Schultes, MT. et al. (2021) Psychometric Testing of the German Versions of Three Implementation Outcome Measures. Glob Implement Res Appl 1, 183–194. https://doi.org/10.1007/s43477-021-00019-y)

Muster

Abschnitt E:

Im folgenden Abschnitt finden Sie Aussagen zu **möglichen Einflüssen der neuen Versorgungsform auf die Versorgung Ihrer Patient*innen** sowie Aussagen zur aktuellen Versorgung.

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen zutreffen.

1	Die Versorgung meiner Patient*innen mit einer <u>unheilbaren Krebserkrankung</u> kann durch…	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.01	… den Einsatz von OncoCoaches optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	… die Delegation von Aufgaben an OncoCoaches in meiner Einrichtung effizienter gestaltet werden.	☐	☐	☐	☐	☐

	Die Versorgung meiner Patient*innen mit einer <u>unheilbaren Krebserkrankung</u> kann durch…	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.03	… eine gute Zusammenarbeit mit dem OncoCoach (z.B. durch regelmäßige Kommunikation) optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	… den Einsatz von OncoCoaches konfliktreicher werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	… die frühzeitige pflegerische palliative Begleitung optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.06	… die frühzeitige pflegerische palliative Begleitung konfliktreicher werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.07	… zusätzliche Informationen über komplementäre und alternative Medizin (KAM) in patientengerechter Sprache optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.08	Die Delegation von Aufgaben an OncoCoaches stellt für mich persönlich zukünftig eine Entlastung im Praxisalltag dar.	☐	☐	☐	☐	☐
2	**In der aktuellen (Regel-) Versorgung von Patient*innen mit nicht heilbaren Krebserkrankungen…**	**Stimme über-haupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
2.01	… werden neue Versorgungsformen benötigt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	… haben Patient*innen einen ungedeckten seelischen, palliativen oder psychosozialen Unterstützungs- oder Informationsbedarf.	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	… bestehen derzeit keine Versorgungslücken.	☐	☐	☐	☐	☐

Abschnitt F:

Im folgenden Abschnitt finden Sie Aussagen zu Personengruppen und Institutionen aus Ihrem Umfeld, die ggf. **Erwartungen an Ihre berufliche Tätigkeit** haben könnten.

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen zutreffen.

1	Ich denke, dass…	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.01	… meine Patient*innen von mir erwarten, dass ich ein Projekt wie OnCoPaTh unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	… die Hausärzt*innen von mir erwarten, dass ich ein Projekt wie OnCoPaTh unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	… andere Onkolog*innen aus meinem regionalen Netzwerk von mir erwarten, dass ich ein Projekt wie OnCoPaTh unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	… andere Fachärzt*innen meinem regionalen Netzwerk von mir erwarten, dass ich ein Projekt wie OnCoPaTh unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	… die Mitglieder/Kolleg*innen der Deutschen Krebsgesellschaft von mir erwartet, dass ich ein Projekt wie OnCoPaTh unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

1.06	… die Gesellschaft von mir erwartet, dass ich ein Projekt wie OnCoPaTh unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐
2	**Patient*innen mit einer <u>fortgeschrittenen Krebserkrankung</u> oder deren Angehörige…**	**Stimme über-haupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
2.01	… erwarten eine über die ärztliche Versorgung hinausgehende Betreuung z.B. durch den OncoCoach.	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	… erwarten eine über die ärztliche Versorgung hinausgehende palliative Unterstützung z.B. durch eine spezialisierte Pflegefachperson.	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	… erhalten bei **meinen ärztlichen Kolleg*innen** bereits eine über die ärztliche Versorgung hinausgehende Betreuung z.B. durch den OncoCoach.	Ja	☐		Nein	☐
2.04	… erhalten bei **meinen ärztlichen Kolleg*innen** bereits eine über die ärztliche Versorgung hinausgehende palliative Unterstützung z.B. durch eine spezialisierte Pflegefachperson.	Ja	☐		Nein	☐

Abschnitt G:

Folgende Aussagen betreffen den **Umgang mit Veränderungen** in Ihrer Einrichtung.

	Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	**Trifft nicht zu**	**Trifft eher nicht zu**	**Teils teils**	**Trifft eher zu**	**Trifft zu**
1	Fehler haben hier schon zu positiven Veränderungen geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ich habe viele Möglichkeiten, mich in meiner Arbeit weiterzuentwickeln.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die Mitarbeitenden in unserer Praxis bzw. Einrichtung suchen aktiv nach neuen Wegen, um ihre Herangehensweise an Dinge zu verbessern.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Mitarbeitende in dieser Praxis bzw. Einrichtung sprechen offen darüber, was gut funktioniert und was noch nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ich unterstützte Bemühungen zur Veränderung der Praxis bzw. Einrichtung nachdrücklich.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Wenn wir etwas Neues versucht haben, nehmen wir uns Zeit darüber nachzudenken, wie es funktioniert hat.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Die meisten Mitarbeitenden in dieser Einrichtung scheinen Spaß an ihrer Arbeit zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Es ist schwer, in unserer Einrichtung etwas zu ändern.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Diese Praxis bzw. Einrichtung zeichnet sich durch ein positives Miteinander und eine positive Arbeitsatmosphäre aus.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils teils	Trifft eher zu	Trifft zu
10	In dieser Praxis bzw. Einrichtung lernt man aus seinen Fehlern.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ich fördere ein Umfeld, in dem man gern arbeitet.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Die Mitarbeitenden in dieser Einrichtung bilden ein echtes Team.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Wenn wir in der Praxis bzw. Einrichtung auf ein Problem stoßen, bemühen wir uns ernsthaft, herauszufinden, was wirklich dahintersteckt.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Ich schaffe ein Umfeld, in dem man etwas erreichen kann.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Practice Adaptive Reserve: Jaen, C. R., B. F. Crabtree, R. F. Palmer, R. L. Ferrer, P. A. Nutting, W. L. Miller, E. E. Stewart, R. Wood, M. Davila, and K. C. Stange. (2010) Methods for Evaluating Practice Change Toward a Patient-Centered Medical Home. Annals of Family Medicine 8 (Suppl 1): S9–20; S92.)

Abschnitt H:

Im folgenden Abschnitt finden Sie Aussagen zur **Umsetzung** der neuen Versorgungsform in Ihrer Einrichtung sowie Fragen zu potenziellen **Herausforderungen**.

	Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen zutreffen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1	Die Umsetzung der neuen Versorgungsform geht mit weitreichenden Änderungen in unserem aktuellen Praxisalltag einher.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Für die Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunde sind viele Umsetzungsschritte auf **personeller Ebene** notwendig.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Für die Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunde sind viele Umsetzungsschritte auf **organisatorischer Ebene** notwendig.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Für die Einbindung einer frühen pflegerischen, palliativen Versorgung sind viele Umsetzungsschritte auf **organisatorischer Ebene** notwendig.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Die Änderungen, die zur Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunde und einer frühen palliativen Beratung notwendig sind, nehmen viel Zeit in Anspruch.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Für die Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunden und einer frühen palliativen Beratung würde ich mir weitere Unterstützung wünschen (z.B. durch den AKS e.V.).	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ein erhöhter Abstimmungsbedarf mit dem OncoCoach könnte sich negativ auf das Arbeitsklima auswirken.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ein erhöhter Abstimmungsbedarf mit palliativen Pflegefachpersonen des OnCoPaTh Projektes könnte sich negativ auf das Arbeitsklima auswirken.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

9	Welche Herausforderung(en) sehen Sie für die Umsetzung der neuen Versorgungsform in Ihrer Einrichtung? _____ _____ _____ _____ _____

Abschnitt I:

Folgende Aussagen beziehen sich auf die **Implementierung des OnCoPaTh-Projektes** sowie die einzelnen Bestandteile der neuen Versorgungsform in Ihren Praxisalltag.

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen auf Ihren Einrichtung zutreffen:	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu
1	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, zeigen hohes Engagement bei der Umsetzung des Projektes **OnCoPaTh**.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, werden tun, was auch immer nötig ist, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, wollen das **Projekt OnCoPaTh** umsetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind fest entschlossen, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind motiviert, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** Herausforderungen. Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, diese zu meistern.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, dass sie den Verlauf der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** überblicken können.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, dass sie Aufgaben so koordinieren können, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen auf Ihren Einrichtung zutreffen:	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu
9	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, dass die Praxis bzw. Einrichtung sie dabei unterstützten kann, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quellen: Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci. 9:7. doi:10.1186/1748-5908-9-7.) Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, et al (2000) Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study BMJ Open;10:e034380.

Abschnitt J:

Im folgenden Abschnitt möchten wir wissen, welche der aufgeführten **Aspekte** in Ihrer Einrichtung **zukünftig** (nach Abschluss der Studie) in der Betreuung Ihrer Patient*innen Berücksichtigung finden.

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen zutreffen.

1	Im Hinblick auf die Betreuung von Patient*innen mit <u>unheilbaren Krebserkrankungen</u> möchte ich, dass in meiner Einrichtung zukünftig...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.01	… eine nicht-ärztliche Sprechstunde umgesetzt /angeboten wird.	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	… eine gute Teamarbeit zwischen mir und OncoCoach stattfindet.	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	… eine regelmäßige frühzeitige Integration in die pflegerische palliative Betreuung stattfindet.	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	… eine gute Teamarbeit zwischen meinem OncoCoach und palliativen Pflegefachpersonen stattfindet.	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	… die Informationen aus nicht-ärztlichen Beratungsgesprächen in Behandlungsentscheidungen eingebunden werden.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt K:

In folgendem Abschnitt geht es um **Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis bzw. Einrichtung.**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

1	Sie sind…?			
	☐ Weiblich	☐ Männlich	☐ Divers	
2	Wie alt sind Sie?			
	☐ 30 bis 40 Jahre	☐ 41 bis 50 Jahre	☐ 51 bis 60 Jahre	☐ Über 60 Jahre

3	Bitte nennen Sie Ihre Funktion in der Einrichtung	☐ Praxisinhaber*in ☐ Angestellte*r (Fach-) Ärztin*Arzt ☐ Angestellte*r Ärztin*Arzt in Weiterbildung ☐ Andere Funktion (z.B. Leitungsfunktion im OnCoPaTh Projekt, o.Ä.): _____
4	**Bitte nennen Sie die Dauer Ihrer Berufstätigkeit:**	
4.01	Als Ärztin*Arzt insgesamt: _____ Jahre,	
4.02	davon in einer onkologischen Einrichtung _____ Jahre und	
4.03	davon in dieser Einrichtung _____ Jahre.	
5	**Bitte nennen Sie Ihre Gebietsbezeichnung**	
5.01	Fachärztin*arzt für: _____	
5.02	Ärztin*Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin*arzt für: _____	
5.03	Andere Bezeichnung bzw. Zusatzqualifikationen aus dem palliativen Bereich: _____	
6	**Welche ärztlichen Fachdisziplinen bzw. Spezialisierungen sind außer der Onkologie noch in Ihrer Einrichtung bzw. auf Ihrer Station vertreten?** _____	
7	Sind Sie **Mitglied** in einer Fachgesellschaft, einem Berufsverband oder einer sonstigen Interessensvertretung Ihres Fachbereiches oder Ihrem beruflichen Umfeld?	☐ Ja, ich bin Mitglied in der Fachgesellschaft für Onkologie oder Hämatologie. ☐ Ja, ich bin Mitglied in einer Fachgesellschaft für palliative Medizin. ☐ Ja, ich bin Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft. ☐ Ja, ich bin Mitglied der Deutschen Krebshilfe. ☐ Ja, ich bin Mitglied in einer sonstigen Interessensvertretung _____ ☐ Nein, ich bin kein Mitglied einer Interessensvertretung o.Ä.

Muster

8	Wie viele Stunden pro Woche sind Sie durchschnittlich in Ihrer Funktion als Ärztin*Arzt dieser Einrichtung tätig (ohne andere berufliche Engagements)?	Stundenanzahl: _____
9	Wie sehr haben Sie sich in <u>den letzten zwei Wochen</u> durch Ihre onkologische Tätigkeit in belastet gefühlt? **gar nicht belastet** **0** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **sehr belastet** **10** ☐	
10	Wie viele Patient*innenkontakte haben Sie an einem durchschnittlichen Arbeitstag?	Patientenanzahl: _____
11	Erfolgte in Ihrer Einrichtung **vor Oktober 2021** eine Beratung von Patient*innen in einer **nicht-ärztlichen Sprechstunde** (z.B. zu Nebenwirkungen, Oralia oder zur palliativen Pflege)?	☐ Ja ☐ Nein
12	Hat die Etablierung der OncoCoaches für Sie zu einer zeitlichen Entlastung im Arbeitsalltag mit den betreffenden Patient*innen geführt?	☐ Ja ☐ Nein → weiter mit Frage 14 ☐ Nicht zutreffend → weiter mit Frage 14
13	Wie hoch würden Sie diese Entlastung durchschnittlich pro Patient*in einschätzen?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 15 Minuten
14	Unterstützen Sie Vorbereitung der OncoCoach-Gespräche?	☐ Ja ☐ Nein → weiter mit Frage 16 ☐ Nicht zutreffend → weiter mit Frage 16
15	Wie hoch würden Sie diesen Aufwand durchschnittlich pro Patient*in einschätzen?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 15 Minuten
16	Anzahl der über 18-jährigen, gesetzlich versicherten Patient*innen mit solidem Tumor und Fernmetastasen im Q4 2019?	Anzahl: _____

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

2. Befragung der

*Ärzt*innen*

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Auszufüllen von Mitarbeitenden der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: «FBNummer»	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Abschnitt A:

Im folgenden Abschnitt möchten wir wissen, welche **Aspekte** Ihnen **in der Versorgung Ihrer Patient*innen** wichtig sind.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Für die Versorgung meiner Patient*innen mit einer <u>fortgeschrittenen Krebserkrankung</u> ist mir wichtig, dass…	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1	…Lebenssituation und Wünsche der Patient*innen in die Behandlungsentscheidungen einbezogen werden.	☐	☐	☐	☐	☐
2	… alle möglichen kurativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft werden.	☐	☐	☐	☐	☐
3	… Patient*innen Unterstützung durch eine palliative Pflegefachperson erhalten, wenn die tumorspezifische Therapie abgeschlossen ist.	☐	☐	☐	☐	☐
4	… ich die onkologische Versorgung in allen Stadien bis zum Lebensende koordiniere.	☐	☐	☐	☐	☐
5	… ich meine Patient*innen palliativmedizinisch und seelisch bis zum Lebensende unterstütze.	☐	☐	☐	☐	☐
6	… ich meine Patient*innen umfassend über ihre Behandlungsoptionen aufkläre.	☐	☐	☐	☐	☐
7	… ich meine Patient*innen über komplementäre und alternative Medizin (KAM) informiere.	☐	☐	☐	☐	☐
8	… Patient*innen Unterstützung durch eine palliative Pflegefachperson bekommen, auch wenn sie aktuell eine Krebstherapie erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt B:

In folgendem Abschnitt geht es um die **Zusammenarbeit und Kommunikation** und interprofessionelle Interaktion in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

1	**In welchen Fällen ziehen Sie Pflegefachpersonen der palliativen Versorgung für die Versorgung Ihrer Patient*innen hinzu?** (Mehrfachantwort möglich)	
1.01	☐	Wenn Patient*innen oder deren Angehörige den Wunsch nach palliativer Unterstützung geäußert haben.
1.02	☐	Wenn sich der Gesundheitszustand der Patient*innen sehr stark oder schnell verschlechtert hat.
1.03	☐	Wenn alle kurativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind.
1.04	☐	Ich biete allen Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung die Möglichkeit einer Unterstützung durch palliative Pflegefachpersonen an.

1.05	☐	Ich biete allen Patient*innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung palliative Unterstützung im Rahmen meiner ärztlichen Tätigkeit an.
1.06	☐	Patient*innen finden den Zugang zur palliativen Versorgung meist über andere Kolleg*innen z.B. den bzw. die Hausärzt*in.
1.07	☐	Sonstiges: _____ _____

2	**Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der <u>Zusammenarbeit</u> zwischen Ihnen und...**	Sehr unzu-frieden	Eher unzu-frieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Nicht zu-treffend
2.01	…dem nicht-ärztlichen Fachpersonal Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	…Hausärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	…anderen Fachärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
2.04	… Pflegefachpersonen der ambulanten palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
2.05	… Pflegefachpersonen der stationären palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
2.06	… Fachkräften aus dem psychosozialen Fachbereich?	☐	☐	☐	☐	☐

3 **Sehen Sie einen Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen der palliativen Versorgung?**

☐ Ja ☐ Nein → weiter mit Frage 5

4 **Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?** *(denken Sie z.B. an bestimmte Leistungserbringer bzw. Situationen)*

_____

_____

_____

_____

5 **Wie würden Sie aus Ihrer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt <u>die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Einrichtung und einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung</u> (z.B. SAPV-Team, Hospiz) beschreiben?**
(Mehrfachantwort möglich)

5.01	☐	Wir bilden mit mindestens einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung ein Team, d.h. Rollen und Aufgaben sind klar verteilt und das Wohlergehen der Patient*innen liegt in der gemeinsamen Verantwortung. Die Expertise der Team-Mitglieder ist für die ärztlichen Entscheidungen relevant.
5.02	☐	Es besteht eine koordinierte Zusammenarbeit mit mindestens einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung, d.h. wir haben ein gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben (z.B. über formelle oder informelle Absprachen) und kommunizieren regelmäßig.

Muster

5.03	☐	Wir kooperieren mit mindestens einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung, d.h. wir versorgen uns gegenseitig mit wichtigen Informationen. Ein gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben besteht teilweise (z.B. über informelle Absprachen).
5.04	☐	Es ist mindestens eine externe Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung in meinem regionalen Versorgungsnetzwerk vertreten. Es besteht wenig gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben und wir kommunizieren selten miteinander.
5.05	☐	Es besteht keine engere Zusammenarbeit mit einer externen Pflegeeinrichtung bzw. Pflegefachperson der palliativen Versorgung. Wir tauschen keine Informationen untereinander aus und es besteht kein gemeinsames Verständnis über unsere Rollen oder Aufgaben.

6	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme voll und ganz zu**
6.01	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	☐	☐	☐	☐
6.02	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	☐	☐	☐	☐
6.03	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	☐	☐	☐	☐
6.04	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	☐	☐	☐	☐
6.05	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐
6.06	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	☐	☐	☐	☐
6.07	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐
6.08	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐
6.09	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	☐	☐	☐	☐

7.	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:**	**Ich stimme über-haupt nicht zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Teils teils**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme voll und ganz zu**
7.01	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

		Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Teils teils	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
7.05	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	☐	☐	☐	☐	☐
7.06	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐	☐
7.07	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	☐	☐	☐	☐	☐
7.08	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐
7.09	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Skalen: Kommunikation und Teamarbeit, Interprofessionelle Interaktion: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.)

Muster

Abschnitt C:

Im folgenden Abschnitt sind Annahmen aufgeführt, die das **Arbeitsklima** in Ihrer Einrichtung betreffen.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	**In meiner onkologischen Praxis bzw. Einrichtung…**	Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
1.01	…werden Mitarbeitende dazu ermutigt neue Ideen einzubringen.	☐	☐	☐	☐
1.02	…werden Ideen der Mitarbeitenden aufgegriffen.	☐	☐	☐	☐
1.03	…werden Verbesserungsvorschläge umgesetzt.	☐	☐	☐	☐
1.04	…verlaufen Bemühungen für bessere Arbeitsabläufe im Sande.	☐	☐	☐	☐
1.05	…kann man sich generell die Mühe sparen, Verbesserungsvorschläge zu machen.	☐	☐	☐	☐
1.06	…finden Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen Beachtung.	☐	☐	☐	☐
1.07	…ist man offen gegenüber neuen Ideen (Abläufen, Methoden, Technik, usw.).	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Kennzahl: Innovationsklima: Pfaff, H., Püllhofer, F., Brinkmann, A. et al. (2004): Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE): Kompendium valider Kennzahlen, Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, Köln)

2	**Ich vertraue darauf, dass Mitarbeitende...**	Ich stimme über-haupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme eher nicht zu	Teils teils	Ich stimme eher zu	Ich stimme zu	Ich stimme voll und ganz zu
2.01	... vollkommen ehrlich zu mir sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	... die Interessen unserer Praxis bzw. Einrichtung über ihre eigenen stellen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	… gegebene Versprechen halten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.04	… für die Ausführung ihrer Arbeiten qualifiziert sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.05	... zu wichtigen Themen sagen, was sie wirklich denken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.06	… mein Wohlbefinden wichtig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.07	… zum Erfolg unserer Organisation beitragen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.08	… ihren Worten Taten folgen lassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.09	… wichtige Informationen mit mir teilen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.10	… die Zukunft unserer Organisation wichtig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.11	… zur Lösung wichtiger Probleme in unserer Organisation beitragen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.12	… einheitliche Erwartungen an mich haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.13	… persönliche Opfer für unsere Organisation bringen würden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.14	… eigene Fehler zugeben würden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.15	… zum Fortbestand unserer Organisation beitragen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.16	… zuverlässig sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Skala: Vertrauen, Spreitzer, G. M., & Mishra, A. K. (1999): Giving up control without losing control, *Group & Organization Management* 24 (2): 155–187.)

Muster

Abschnitt D:

Im folgenden Abschnitt finden Sie Aussagen zu **möglichen Einflüssen der neuen Versorgungsform auf die Versorgung Ihrer Patient*innen** sowie Aussagen zur aktuellen Versorgung.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	**Die Versorgung meiner Patient*innen mit einer <u>unheilbaren Krebserkrankung</u> kann durch…**	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.01	… den Einsatz von OncoCoaches optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	… die Delegation von Aufgaben an OncoCoaches in meiner Einrichtung effizienter gestaltet werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	… eine gute Zusammenarbeit mit dem OncoCoach (z.B. durch regelmäßige Kommunikation) optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	… den Einsatz von OncoCoaches konfliktreicher werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	… die frühzeitige pflegerische palliative Begleitung optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.06	… die frühzeitige pflegerische palliative Begleitung konfliktreicher werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.07	… zusätzliche Informationen über komplementäre und alternative Medizin (KAM) in patientengerechter Sprache optimiert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
1.08	Die Delegation von Aufgaben an OncoCoaches stellt für mich persönlich zukünftig eine Entlastung im Praxisalltag dar.	☐	☐	☐	☐	☐
2	**In der aktuellen (Regel-) Versorgung von Patient*innen mit nicht heilbaren Krebserkrankungen…**	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
2.01	… werden neue Versorgungsformen benötigt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	… haben Patient*innen einen ungedeckten seelischen, palliativen oder psychosozialen Unterstützungs- oder Informationsbedarf.	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	… bestehen derzeit keine Versorgungslücken.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt E

Folgende Aussagen betreffen die **Arbeitsabläufe** in Ihrer Praxis bzw. Einrichtung.

	Wenn Sie an Ihre Praxis bzw. Einrichtung denken, wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1	Wir können uns sehr gut an Veränderungen in unserem Umfeld anpassen.	☐	☐	☐	☐
2	Die Arbeitsprozesse in dieser Praxis bzw. Einrichtung sind hoch effektiv.	☐	☐	☐	☐
3	Wichtige Ziele zu setzen, fällt uns leicht.	☐	☐	☐	☐
4	Gesetzte Ziele verfolgen wir mit außerordentlicher Hartnäckigkeit.	☐	☐	☐	☐
5	Wir praktizieren den bestmöglichen Umgang mit Wissen.	☐	☐	☐	☐
6	Wir legen sehr viel Wert darauf, dass neue Mitarbeitende die Werte und Einstellungen dieser Praxis bzw. Einrichtung verinnerlichen.	☐	☐	☐	☐
7	In meinem Verantwortungsbereich gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Mitarbeitenden.	☐	☐	☐	☐
8	In meinem Verantwortungsbereich herrschen Einigkeit und Einverständnis vor.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Pfaff, H.; Pförtner, T.-K.; Banaszak-Holl, J.; Hu, Y.; Hower, K. (2022): Is the Systemic Agency Capacity of Long-Term Care Organizations Enabling Person-Centered Care during the COVID-19 Pandemic? A Repeated Cross-Sectional Study of Organizational Resilience, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (9): 5045.)

Muster

Abschnitt F:

Im folgenden Abschnitt finden Sie Aussagen zur **Umsetzung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh** in Ihrer Einrichtung sowie Fragen zu potenziellen **Herausforderungen**.

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1	Die Umsetzung der neuen Versorgungsform geht mit weitreichenden Änderungen in unserem aktuellen Praxisalltag einher.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Für die Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunde sind viele Umsetzungsschritte auf **personeller Ebene** notwendig.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Für die Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunde sind viele Umsetzungsschritte auf **organisatorischer Ebene** notwendig.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Für die Einbindung einer frühen palliativen Versorgung sind viele Umsetzungsschritte auf **organisatorischer Ebene** notwendig.	☐	☐	☐	☐	☐

		Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
5	Die Änderungen, die zur Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunde und einer frühen palliativen Beratung notwendig sind, nehmen viel Zeit in Anspruch.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Für die Umsetzung einer nicht-ärztlichen Sprechstunden und einer frühen palliativen Beratung würde ich mir weitere Unterstützung wünschen (z.B. durch den AKS e.V.).	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ein erhöhter Abstimmungsbedarf mit dem OncoCoach könnte sich negativ auf das Arbeitsklima auswirken.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ein erhöhter Abstimmungsbedarf mit palliativen Pflegefachpersonen des OnCoPaTh-Projektes könnte sich negativ auf das Arbeitsklima auswirken.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Welche Herausforderung(en) sehen Sie für die Umsetzung der neuen Versorgungsform in Ihrer Einrichtung? _____ _____ _____ _____ _____					

Muster

Abschnitt G:

Folgende Aussagen beziehen sich auf die **Implementierung des OnCoPaTh-Projektes** sowie die einzelnen Bestandteile der neuen Versorgungsform in Ihren Praxisalltag.

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu
1	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, zeigen hohes Engagement bei der Umsetzung des Projektes OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, werden tun, was auch immer nötig ist, um das Projekt OnCoPaTh umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, wollen das Projekt OnCoPaTh umsetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind fest entschlossen, das Projekt OnCoPaTh umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐

		Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme zu
5	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind motiviert, das Projekt OnCoPaTh umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des Projektes OnCoPaTh Herausforderungen. Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, diese zu meistern.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, dass sie den Verlauf der Umsetzung des Projektes OnCoPaTh überblicken können.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, dass sie Aufgaben so koordinieren können, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Personen, die in dieser Praxis bzw. Einrichtung arbeiten, sind zuversichtlich, dass die Praxis bzw. Einrichtung sie dabei unterstützen kann, das Projekt OnCoPaTh umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Lindig, A., Hahlweg, P., Christalle, E. & Scholl, I. (2020): Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study, *BMJ Open* 10 (6): e034380.)

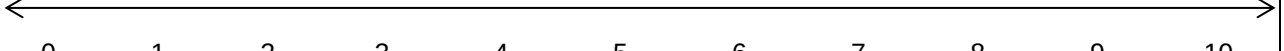
Muster

Abschnitt H:

Im folgenden Abschnitt sind Fragen aufgeführt, welche die **Einführung und Anwendung** von OnCoPaTh betreffen.
Bitte setzen Sie im Folgenden bei den ersten drei allgemeinen Fragen zu OnCoPaTh bei der für Sie zutreffenden Ausprägung (1-10) auf der Linie ein Kreuz.
Anschließend kreuzen Sie bitte bei den darauffolgenden spezifischen Aussagen zu OnCoPaTh an, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage zustimmen. Einige Fragen können Sie vielleicht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig beantworten oder sind noch unschlüssig. Geben Sie in diesem Fall bitte “nicht zutreffend” an.

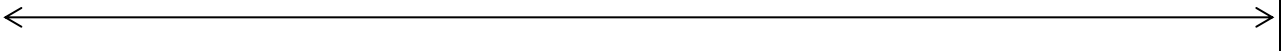
Wie vertraut fühlt sich OnCoPaTh für Sie an?

Fühlt sich noch sehr neu an — **Fühlt sich vollkommen vertraut an**



Betrachten Sie OnCoPaTh momentan als einen gewohnten Bestandteil Ihrer Arbeit?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**



Können Sie sich vorstellen, dass OnCoPaTh ein gewohnter Bestandteil Ihrer Arbeit werden wird?

Überhaupt nicht **Etwas** **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**		**weder noch**		**Stimme voll und ganz zu**	**Nicht zutreffend**
1	Ich kann nachvollziehen, inwiefern sich OnCoPaTh von üblichen Arbeitsweisen unterscheidet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die Mitarbeitenden dieser Organisation haben ein gemeinsames Verständnis vom Zweck von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich verstehe, wie OnCoPaTh meine Arbeitsweise beeinflusst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich erkenne den potenziellen Wert von OnCoPaTh für meine Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Es gibt Schlüsselpersonen, welche die Anwendung von OnCoPaTh vorantreiben und andere Personen einbeziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Ich finde, dass meine Beteiligung an OnCoPaTh ein legitimer Teil meiner Rolle ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ich bin offen für neue Arten der Zusammenarbeit bei der Anwendung von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ich werde OnCoPaTh weiterhin unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ich kann OnCoPaTh leicht in meine bestehende Arbeit integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	OnCoPaTh wirkt sich negativ auf Arbeitsbeziehungen aus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ich habe Vertrauen in die Fähigkeit anderer OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Die Tätigkeiten werden Personen zugewiesen, welche über geeignete Kompetenzen verfügen OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Es werden ausreichend Schulungen angeboten, damit Mitarbeitende OnCoPaTh anwenden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Es sind ausreichend Ressourcen zur Anwendung von OnCoPaTh verfügbar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

		Stimme überhaupt nicht zu		weder noch		Stimme voll und ganz zu	Nicht zutreffend
15	Die Führungskräfte unterstützen OnCoPaTh angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Mir sind Berichte über die Auswirkung von OnCoPaTh bekannt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Die Mitarbeitenden sind sich einig, dass OnCoPaTh lohnenswert ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Ich schätze die Auswirkungen von OnCoPaTh auf meine Tätigkeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	Rückmeldungen zu OnCoPaTh können für zukünftige Verbesserungen genutzt werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	Ich kann anpassen, wie ich mit OnCoPaTh arbeite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Freund, J., Piotrowski, A., Bührmann, L., Oehler, C., Titzler., I., Netter, A., Pothoff, S., Ebert, D. D., Finch, T., Köberlein-Neu, J., Etzelmüller, A. (2023). Validation of the German Normalization Process Theory Measure G-NoMAD: Translation, Adaptation, and Pilot Testing.)

Abschnitt I:

Im folgenden Abschnitt möchten wir wissen, wie Sie Ihre **Rolle als Vorgesetzte*r** bei der Implementierung von OnCoPaTh **einschätzen**.

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1	Ich habe einen Plan entwickelt, um die Implementierung von OnCoPaTh zu vereinfachen.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ich habe Hindernisse beseitigt, die der Implementierung von OnCoPaTh im Wege standen.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe Standardverfahren zur Implementierung von OnCoPaTh festgelegt.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich weiß, wovon ich rede, wenn es um OnCoPaTh geht.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ich kenne mich mit OnCoPaTh aus.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Ich kann Fragen der Mitarbeitenden zu OnCoPaTh beantworten.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ich unterstütze die Bemühungen der Mitarbeitenden OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ich unterstütze Bemühungen der Mitarbeitenden mehr über OnCoPaTh zu erfahren.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ich erkenne und würdige den Einsatz der Mitarbeitenden für die erfolgreiche Implementierung von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
10	Ich verfolge die Implementierung von OnCoPaTh konsequent durch Höhen und Tiefen.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ich bleibe trotz aller Herausforderungen bei der Implementierung von OnCoPaTh am Ball.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ich reagiere auf kritische Punkte im Zusammenhang mit der Implementierung von OnCoPaTh, indem ich Probleme offen und effektiv angehe.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: © Söling, S., Pfaff, H., Karbach, U., Ansmann, L., & Köberlein-Neu, J. (2022). How is leadership behavior associated with organization-related variables? Translation and psychometric evaluation of the implementation leadership scale in German primary healthcare. BMC Health Services Research, 22(1), 1-13.)

Abschnitt J:

Im folgenden Abschnitt möchten wir wissen, welche der aufgeführten **Aspekte** in Ihrer Praxis bzw. Einrichtung **zukünftig** (**nach Abschluss der Studie**) in der Betreuung Ihrer Patient*innen Berücksichtigung finden und welche Ressourcen bzw. Anpassungen für die Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh notwendig sind.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	Im Hinblick auf die Betreuung von Patient*innen mit <u>unheilbaren Krebserkrankungen</u> möchte ich, dass in meiner Einrichtung zukünftig...	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.01	… eine nicht-ärztliche Sprechstunde umgesetzt /angeboten wird.	☐	☐	☐	☐	☐
1.02	… das Konzept OncoCoaching fortgeführt wird.	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	… eine gute Teamarbeit zwischen mir und dem OncoCoach stattfindet.	☐	☐	☐	☐	☐
1.04	… eine regelmäßige frühzeitige Integration in die pflegerische palliative Betreuung stattfindet.	☐	☐	☐	☐	☐
1.05	… eine gute Teamarbeit zwischen meinem OncoCoach und palliativen Pflegefachpersonen stattfindet.	☐	☐	☐	☐	☐
1.06	… die Informationen aus nicht-ärztlichen Beratungsgesprächen in Behandlungsentscheidungen eingebunden werden.	☐	☐	☐	☐	☐

2	**Für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in meiner Praxis bzw. Einrichtung nach Projektende bedarf es…**	
	☐	… keiner weiteren Ressourcen und Anpassungen → weiter mit Abschnitt K
	☐	… weiterer Ressourcen und Anpassungen (Mehrfachantwort möglich):
2.01	☐	Zeit
2.02	☐	Personal

Muster

2.03	☐	Finanzielle Mittel
2.04	☐	Infrastruktur (bspw. Räumlichkeiten, digitale Ausstattung)
2.05	☐	Training und Fortbildung des Personals hinsichtlich der neuen Versorgungsform
2.06	☐	Anpassungen der fachlichen Ausrichtung meiner Praxis bzw. Einrichtung
2.07	☐	Integration der neuen Versorgungsform in die Geschäftsprozesse der Praxis bzw. Einrichtung
2.08	☐	Einführung neuer Regelungen in unsere Praxis bzw. Einrichtung
2.09	☐	Inhaltliche Anpassungen an der neuen Versorgungsform
2.10	☐	Schlüsselpersonen, welche das Team zur weiteren Nutzung der neuen Versorgungsform motivieren
2.11	☐	Fortlaufende Unterstützung bei der Umsetzung von OnCoPaTh im Versorgungsalltag
2.12	☐	Kooperation und Zusammenarbeit mit Partnern (bspw. palliative Versorger)
2.13	☐	Längerfristige Planung
2.14	☐	Sonstiges: _____

Abschnitt K:

In folgendem Abschnitt geht es um **Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis bzw. Einrichtung.**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

1 Sie sind…?

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

2 Wie alt sind Sie?

☐ 30 bis 40 Jahre ☐ 41 bis 50 Jahre ☐ 51 bis 60 Jahre ☐ Über 60 Jahre

3 Bitte nennen Sie Ihre Funktion in der Praxis bzw. Einrichtung

☐ Praxis-/Einrichtungsinhaber*in

☐ Angestellte*r (Fach-) Ärztin*Arzt

☐ Angestellte*r Ärztin*Arzt in Weiterbildung

☐ Andere Funktion (z.B. Leitungsfunktion im OnCoPaTh-Projekt, o.Ä.):

_____

4 **Bitte nennen Sie die Dauer Ihrer Berufstätigkeit:**

4.01 Als Ärztin*Arzt insgesamt: _____ Jahre,

4.02 davon in einer onkologischen Einrichtung _____ Jahre und

4.03 davon in dieser Einrichtung _____ Jahre.

Muster

5 **Bitte nennen Sie Ihre Gebietsbezeichnung**

Fachärztin*arzt für:

5.01 _____

Ärztin*Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin*arzt für:

5.02 _____

Andere Bezeichnung bzw. Zusatzqualifikationen aus dem palliativen Bereich:

5.03 _____

6 **Welche ärztlichen Fachdisziplinen bzw. Spezialisierungen sind außer der Onkologie noch in Ihrer Einrichtung bzw. auf Ihrer Station vertreten?**

_____

7 Sind Sie **Mitglied** in einer Fachgesellschaft, einem Berufsverband oder einer sonstigen Interessensvertretung Ihres Fachbereiches oder Ihrem beruflichen Umfeld?

- ☐ Ja, ich bin Mitglied in der Fachgesellschaft für Onkologie oder Hämatologie.
- ☐ Ja, ich bin Mitglied in einer Fachgesellschaft für palliative Medizin.
- ☐ Ja, ich bin Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft.
- ☐ Ja, ich bin Mitglied der Deutschen Krebshilfe.
- ☐ Ja, ich bin Mitglied in einer sonstigen Interessensvertretung _____
- ☐ Nein, ich bin kein Mitglied einer Interessensvertretung o.Ä.

8 Wie viele Stunden pro Woche sind Sie durchschnittlich in Ihrer Funktion als Ärztin*Arzt dieser Einrichtung tätig (ohne andere berufliche Engagements)?

Stundenanzahl: _____

9 Wie sehr haben Sie sich in <u>den letzten zwei Wochen</u> durch Ihre onkologische Tätigkeit belastet gefühlt?

gar nicht belastet										**sehr belastet**
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10 Wie viele Patient*innenkontakte haben Sie an einem durchschnittlichen Arbeitstag?

Patient*innenanzahl: _____

11 Hat die Etablierung der OncoCoaches für Sie zu einer zeitlichen Entlastung im Arbeitsalltag mit den betreffenden Patient*innen geführt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein → weiter mit Frage 13
- ☐ Nicht zutreffend → weiter mit Frage 13

Muster

12	Wie hoch würden Sie diese Entlastung durchschnittlich pro Patient*in einschätzen?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 15 Minuten
13	Unterstützen Sie die Vorbereitung der OncoCoach-Gespräche?	☐ Ja ☐ Nein → Ende des Fragebogens ☐ Nicht zutreffend → Ende des Fragebogens
14	Wie hoch würden Sie diesen Vorbereitungsaufwand durchschnittlich pro Patient*in einschätzen?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 15 Minuten

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen

Basiserhebung
T2

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

FACHVERBAND SAPV HESSEN

WINHO
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 2-3-00-_ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym generieren**. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird: Der Geburtsmonat und das Geburtsjahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: die Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburts-monat		Geburtsjahr				Initialen	

Bitte Tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie stimmig ist.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis („Mehrfachantworten möglich“) dazu.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt bzw. ausgemalt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen oder ausmalen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

	Immer	**Häufig**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**
	1	2	3	4	5
So markieren Sie Ihre Antwort	●	○	○	○	○
Falls Sie Ihre Antwort ändern wollen	○	●	○		○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass es in diesem Fragenbogen um **Ihre Einschätzung und Ihr Wissen** aus **Ihrem primären Handlungsfeld** oder aus **Ihrer Erfahrung** geht und **nicht** um ihre Tätigkeit als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP).

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen sowie Ihr generiertes Pseudonym:

				2	0		
Tag		Monat		Jahr			

Pseudonym: | | | | | | | | |

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **primär** tätig sind. (Mehrfachantworten möglich)

- ○1 SAPV-Team
- ○2 Hospizdienst
- ○3 Ambulanter Pflegedienst
- ○4 Krankenhaus
- ○5 Palliativstation im Krankenhaus
- ○6 Sonstiges (bitte eintragen): ……..……
  ……

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Krebspatient*innen, ihren Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Krebspatient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1 **Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/ Versorgung der **Krebspatient*innen** einbezogen? (Mehrfachantworten möglich)

- ○1 Patient*in selbst
- ○2 Angehörige
- ○3 Hausärztliche Praxis
- ○4 Hämato-onkologische Praxis
- ○5 Krankenhaus
- ○6 Pflegeheim
- ○7 Sozialdienst
- ○8 Sonstiges (bitte eintragen): ……...
  ……

2 Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?

- ○1 Zu früh
- ○2 Genau richtig
- ○3 Zu spät
- ○4 Unterschiedlich, abhängig von: ……..……...
  ……

3 Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Sehr zufrieden	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
	1	2	3	4
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○

5	Wie erfolgt derzeit die **Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen**? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten)							
		Brief (schriftlich)	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch)	**Fax**	**E-Mail**	**Durch Patient*in**	**Keine Weitergabe** (durch Versorger*in)	**Sonstiges (z.B. App)**
		1	2	3	4	5	6	7
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Krebspatient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○	○	○

7	Wenn Sie **keine Informationen über Krebs-patient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?	…… ……

8	Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Krebs-patient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manch-mal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9	Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/Arztbriefen** ergänzt werden sollten?	○ 1	Nein
		○ 4	Wenn ja, welche? ……... ……

10	In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen? (Mehrfachantworten möglich)	○ 1	Papierform
		○ 2	Computer
		○ 3	Tablet/Handy
		○ 4	Sonstiges (bitte eintragen): ……... ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter…
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-menten-plan** (Schmerz-mittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerisch. Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**Keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Andere*r Fachärzt*in	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**? ……... ……...

12	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** (z.B. runder Tisch) mit Ihnen und den **Versorger*innen** über gemeinsame Krebspatient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen (bitte eintragen)? …….….. …….…..
			Mit wem (bitte eintragen)? …….….. …….…..
			Ich welcher Form (bitte eintragen)? …….….. …….…..

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen in **Ihrer Organisation**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen (bitte eintragen)? …… ……
			Mit wem (bitte eintragen)? …… ……
			Ich welcher Form (bitte eintragen)? …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen mit der/dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen (bitte eintragen)? …… ……
			Mit wem (bitte eintragen)? …… ……
			Ich welcher Form (bitte eintragen)? …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Kommunikation** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörige	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der **Überleitung** der Krebspatient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja, welche (bitte eintragen)?: ……..……
			……..
			……..
			……..

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren **Zusammenarbeit** mit den Versorger*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja, welche (bitte eintragen)?: ……..……
			……..
			……..
			……..

19	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme voll und ganz zu** 1	**Stimme zu** 2	**Teils/ teils** 3	**Stimme nicht zu** 4	**Stimme überhaupt nicht zu** 5
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.	○	○	○	○	○

20	**Wie schätzen Sie folgende Fragen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Zufrieden** 2	**Teils/ teils** 3	**Eher zufrieden** 4	**Überhaupt nicht zufrieden** 5
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?	○	○	○	○	○
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?	○	○	○	○	○

Abschnitt 2

Menschen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen in Ihrer Organisation (z.B. SAPV-Team, Hospizdienste, ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus, Palliativstation), die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Organisation. Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

In welchem Maße…	**Über-haupt nicht** 1	2	3	**Teils/ teils** 4	5	6	**In sehr großem Maße** 7
… widmet sich die Leitung Ihrer Organisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild, Personal-planung)?	○	○	○	○	○	○	○
… wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrer Organisation in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
… werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Organisation unter Einbezug von Patienten entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
… werden in Ihrer Organisation individualisierte Gesund-heitsinformationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)	○	○	○	○	○	○	○
… gibt es in Ihrer Organisation Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patienten die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
… werden in Ihrer Organisation Informationen für unterschiedliche Patienten über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
… wird in Ihrer Organisation sichergestellt, dass die Patienten besonders in kritischen Situationen (z.B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
… kommunizieren Sie in Ihrer Organisation dem Patienten im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten rund um die Versorgung auf ihn zukommen können?	○	○	○	○	○	○	○
… werden in Ihrer Organisation die Mitarbeiter zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	Ich stimme voll und ganz zu 1	**Ich stimme zu** 2	**Ich stimme nicht zu** 3	**Ich stimme überhaupt nicht zu** 4
Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/ Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 4

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person. Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Bitte geben Sie Ihr **Geschlecht** an.	○ 1	Weiblich
		○ 2	Männlich
		○ 3	Divers
		○ 4	Keine Angabe

2	In welchem **Jahr** sind Sie **geboren**?	○ 1	Vor 1960
		○ 2	1960 – 1969
		○ 3	1970 – 1979
		○ 4	1980 – 1989
		○ 5	1990 – 1999
		○ 6	2000 oder später

3	Was ist Ihr **höchster Schulabschluss**?	○ 1	Kein Schulabschluss
		○ 2	Hauptschulabschluss
		○ 3	Mittlere Reife/ Fachoberschulreife
		○ 4	Abitur/ Fachhochschulreife
		○ 5	Hochschulabschluss (Fachhochschule/ Universität)
		○ 6	Keine Angabe

4	Wie ist Ihr **derzeitiger Beschäftigungsstatus**?	○ 1	Vollzeit
		○ 2	Teilzeit
		○ 3	Sonstiges (bitte eintragen): …….

5	Welcher **Berufsgruppe** gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)	○ 1	Medizinische*r Fachangestellte*r / Arzthelfer*in
		○ 2	Altenpflege
		○ 3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○ 4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○ 5	Krankenpflege
		○ 6	Kinderkrankenpflege
		○ 7	Pflegefachmann/Pflegefachfrau
		○ 8	Studium (bitte eintragen): …… ……...
		○ 9	Sonstiges (bitte eintragen): …….. ……...

6	Verfügen Sie über folgende **Fachweiterbildung**? (Mehrfachantworten möglich)	○ 1	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		○ 2	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		○ 3	Palliativpflege/Palliative Care
		○ 4	Sonstiges (bitte eintragen): …… ……...
		○ 5	Nein

7	Haben Sie (weitere) **Zusatzqualifikationen**? (Mehrfachantworten möglich)	○ 1	Pflegeberatung
		○ 2	Wundmanagement
		○ 3	Kommunikation im beruflichen Kontext
		○ 4	Case- und Care Management
		○ 5	Advance Care Planning (ACP)
		○ 6	Basale Stimulation
		○ 7	Kinästhetik
		○ 8	Aromatherapie
		○ 9	Wickel und Auflagen
		○ 10	Sonstiges (bitte eintragen): ……. ……..
		○ 11	Nein

8	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an. (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1-2 Jahre** 3	**3-5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Erfahrung in der Beratung hämatologischen/ onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung mit hämatologischen/onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung.	○	○	○	○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte an:



Lisa Blattert, M.Sc.
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – WINHO – GmbH
Vor den Siebenburgen 2, 50676 Köln

E-Mail: blattert@winho.de
Telefon: 0221 - 933 19 19 18

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen

Fragebogen T3-Erhebung
Interventionsgruppe

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

FACHVERBAND SAPV HESSEN

WINHO
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-3-10-_ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie den Fragebogen (Basiserhebung) in den vergangenen Monaten bereits ausgefüllt haben, bitten wir Sie, die Fragen in Abschnitt 5 (Angaben zu Ihrer Person) **trotzdem erneut auszufüllen** und den **Fragebogen komplett zu beantworten.** Dies ist notwendig, da kleine Änderungen vorgenommen wurden und diese Angaben benötigt werden. Ab dem nächsten Erhebungszeitpunkt werden Fragen, die Ihre Person betreffen, nicht erneut abgefragt.

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym generieren**. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird:

➔ Der **Geburtsmonat** und das **Geburtsjahr** Ihrer Mutter sowie die **Initialen** Ihrer Mutter.

Beispiel: **Ihre Mutter** ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller.**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Bitte tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie stimmig ist.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis („Mehrfachantworten möglich“) dazu.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

Wie füllen Sie den Fragebogen aus?	**trifft nicht zu**	**trifft wenig zu**	**trifft ziemlich zu**	**trifft zu**
1 So kreuzen Sie richtig an.	○		○	○
2 Falls Sie Ihre Meinung ändern möchten.			○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, können Sie sich gerne an die zuständige Mitarbeiterin wenden:

Lisa Blattert (M.Sc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefon: 0221 - 933 19 19 18
E-Mail: blattert@winho.de

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) GmbH
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln

Bitte geben Sie zuerst das <u>Datum</u> an, an dem Sie den Bogen ausfüllen, sowie Ihr generiertes <u>Pseudonym.</u>

				2	0										
Tag		Monat		Jahr				Pseudonym							

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **primär** tätig sind. (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 SAPV-Team
- ○2 Hospizdienst
- ○3 Ambulanter Pflegedienst
- ○4 Krankenhaus
- ○5 Palliativstation im Krankenhaus
- ○6 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……
  ……

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass es in diesem Fragenbogen um **Ihre Einschätzung, Ihre Erfahrung und Ihr Wissen** in Bezug auf Ihre Tätigkeit als **konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP)** im Rahmen von **OnCoPaTh** geht.

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Krebspatient*innen, ihren Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Krebspatient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1 **Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/Versorgung der **Krebspatient*innen** einbezogen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Patient*in selbst
- ○2 Angehörige
- ○3 Hausärztliche Praxis
- ○4 Hämato-onkologische Praxis
- ○5 Krankenhaus
- ○6 Pflegeheim
- ○7 Sozialdienst
- ○8 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

2 Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit im Projekt OnCoPaTh hinzugezogen werden?

- ○1 Zu früh
- ○2 Genau richtig
- ○3 Zu spät
- ○4 Unterschiedlich, abhängig von: ……
  ……

3	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5 Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die **Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen**?
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Brief (schriftlich)	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch)	**Fax**	**E-Mail**	**Durch Patient*in**	**Keine Weitergabe** (durch Versorger*in)	**Sonstiges (z. B. App)**
	1	2	3	4	5	6	7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Krebspatient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manchmal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

7 Wenn Sie **keine Informationen über Krebspatient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?

……

……

8 Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem/den…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Immer 1	**Meistens** 2	**Manch-mal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9 Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/Arztbriefen** ergänzt werden sollten?

- ○1 Nein
- ○2 Wenn ja, welche? ……...
  ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung / den Kontakt mit Krebspatient*innen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Papierform
- ○2 Computer
- ○3 Tablet/Handy
- ○4 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-tionsplan** (Schmerz-mittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**Keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Weitere Fachärzt*innen	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**? ……
……

12	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** (z. B. einen „runden Tisch“) mit Ihnen und den **Versorger*innen** über gemeinsame Krebspatient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen in **Ihrer Organisation**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen mit der/dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Kommunikation** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der **Überleitung** der Krebspatient*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren **Zusammenarbeit** mit den Versorger*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

19	Haben Sie das Gefühl, dass sich das Projekt OnCoPaTh positiv auf die Zusammenarbeit mit der **onkologischen Einrichtung** auswirkt?		
		○$_1$	Ja
		○$_2$	Nein

20	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme voll und ganz zu** 1	**Stimme zu** 2	**Teils/ teils** 3	**Stimme nicht zu** 4	**Stimme überhaupt nicht zu** 5
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.	○	○	○	○	○

21	**Wie schätzen Sie folgende Fragen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Zufrieden** 2	**Teils/ teils** 3	**Eher zufrieden** 4	**Überhaupt nicht zufrieden** 5
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?	○	○	○	○	○
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?	○	○	○	○	○

Abschnitt 2

Menschen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen Ihrer **Selbstorganisation**, die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) im Rahmen des **Projektes OnCoPaTh**.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	In welchem Maße…	**Überhaupt nicht** 1	2	3	**Teils/teils** 4	5	6	**In sehr großem Maße** 7
1	… widmen Sie sich in Ihrer Selbstorganisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz?	○	○	○	○	○	○	○
2	… wird das Thema Gesundheitskompetenz von Ihnen in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
3	… werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Selbstorganisation unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
4	… werden von Ihnen individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. versch. Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
5	… verfügen Sie über Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
6	… stellen Sie Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereit (z. B. DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
7	… stellen Sie sicher, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z. B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
8	… kommunizieren Sie den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten rund um die Versorgung auf sie zukommen können?	○	○	○	○	○	○	○
9	… nehmen Sie an Schulungen zum Thema Gesundheitskompetenz teil?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: In Anlehnung an: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

		Ich stimme voll und ganz zu	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
		1	2	3	4
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
9	Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
17	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 4

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zur **Implementierung und Umsetzung** des **Projektes OnCoPaTh** in Ihrer Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) zustimmen. Falls das **Projekt OnCoPaTh** aktuell nicht umgesetzt wird, wie wäre es im Falle der Umsetzung?

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen: (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme nicht zu** 1	**Stimme eher nicht zu** 2	**Teils teils** 3	**Stimme eher zu** 4	**Stimme zu** 5
1	Ich zeige hohes Engagement bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○
2	Ich werde tun, was auch immer nötig ist, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
3	Ich möchte das **Projekt OnCoPaTh** umsetzen.	○	○	○	○	○
4	Ich bin fest entschlossen, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
5	Ich bin motiviert, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** Herausforderungen. Ich bin zuversichtlich, diese zu meistern.	○	○	○	○	○
7	Ich bin zuversichtlich, dass ich den Verlauf der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** überblicken kann.	○	○	○	○	○
8	Ich bin zuversichtlich, dass ich Aufgaben so koordinieren kann, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	○	○	○	○	○
9	Ich bin zuversichtlich, dass ich Unterstützung erfahre, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○

Quellen: In Anlehnung an: Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci. 9:7. doi:10.1186/1748-5908-9-7.) Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, et al (2000) Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study BMJ Open;10:e034380.

Abschnitt 5

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**. Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Welchem **Geschlecht** fühlen Sie sich zugehörig?	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers

2	In welchem **Jahr** sind Sie **geboren**?	○1	Vor 1960
		○2	1960 – 1969
		○3	1970 – 1979
		○4	1980 – 1989
		○5	1990 – 1999
		○6	2000 oder später

3	Was ist ihr **höchster Schulabschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule (POS) Abschluss 8. Klasse
		○3	Mittlere Reife, Fachoberschulreife, POS Abschluss 10. Klasse
		○4	Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
		○5	Sonstiger Schulabschluss

4	Welche **berufliche Ausbildung** haben Sie absolviert? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r / Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Pflegefachmann/Pflegefachfrau
		○8	Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule) (Bitte Studiengang eintragen!) …….....
			…….....
		○9	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....

5	Verfügen Sie über folgende **Fachweiterbildung**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		○2	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		○3	Palliativpflege / Palliative Care
		○4	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....
		○5	Nein

6	Haben Sie (weitere) **Zusatzqualifikationen**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Pflegeberatung
		○2	Wundmanagement
		○3	Kommunikation im beruflichen Kontext
		○4	Case- und Care Management
		○5	Advance Care Planning (ACP)
		○6	Basale Stimulation
		○7	Kinästhetik
		○8	Aromatherapie
		○9	Wickel und Auflagen
		○10	Sonstige (Bitte eintragen!) ……..…… ……..……..
		○11	Nein

7	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an. (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1 bis < 3 Jahre** 3	**3 bis 5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Erfahrung in der Beratung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung mit hämatologischen/ onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung.	○	○	○	○	○

8	Wie ist Ihr **derzeitiger Beschäftigungsstatus**?	○1	Vollzeit
		○2	Teilzeit
		○3	Sonstiger (Bitte eintragen!) ……..……

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-3-10-_ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen

T3-Erhebung
Vergleichsgruppe II

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

FACHVERBAND SAPV HESSEN

WINHO
Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 2-3-10-_ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie den Fragebogen (Basiserhebung) in den vergangenen Monaten bereits ausgefüllt haben, bitten wir Sie, die Fragen in Abschnitt 5 (Angaben zu Ihrer Person) **trotzdem erneut auszufüllen** und den **Fragebogen komplett zu beantworten.** Dies ist notwendig, da kleine Änderungen vorgenommen wurden und diese Angaben benötigt werden. Ab dem nächsten Erhebungszeitpunkt werden Fragen, die Ihre Person betreffen, nicht erneut abgefragt.

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym generieren**. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird:

➔ Der **Geburtsmonat** und das **Geburtsjahr** Ihrer Mutter sowie die **Initialen** Ihrer Mutter.

Beispiel: **Ihre Mutter** ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller.**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Bitte tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie stimmig ist.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis („Mehrfachantworten möglich“) dazu.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

Wie füllen Sie den Fragebogen aus?	**trifft nicht zu**	**trifft wenig zu**	**trifft ziemlich zu**	**trifft zu**
1 So kreuzen Sie richtig an.	○		○	○
2 Falls Sie Ihre Meinung ändern möchten.			○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, können Sie sich gerne an die zuständige Mitarbeiterin wenden:

Lisa Blattert (M.Sc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefon: 0221 - 933 19 19 18
E-Mail: blattert@winho.de

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) GmbH
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln

Bitte geben Sie zuerst das <u>Datum</u> an, an dem Sie den Bogen ausfüllen, sowie Ihr generiertes <u>Pseudonym.</u>

				2	0										
Tag		Monat		Jahr				Pseudonym							

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **primär** tätig sind. (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 SAPV-Team
- ○2 Hospizdienst
- ○3 Ambulanter Pflegedienst
- ○4 Krankenhaus
- ○5 Palliativstation im Krankenhaus
- ○6 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……
  ……

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass es in diesem Fragenbogen um **Ihre Einschätzung, Ihre Erfahrung und Ihr Wissen** in Bezug auf Ihre Tätigkeit als **konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP)** im Rahmen von **OnCoPaTh** geht.

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Krebspatient*innen, ihren Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Krebspatient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1 **Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/Versorgung der **Krebspatient*innen** einbezogen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Patient*in selbst
- ○2 Angehörige
- ○3 Hausärztliche Praxis
- ○4 Hämato-onkologische Praxis
- ○5 Krankenhaus
- ○6 Pflegeheim
- ○7 Sozialdienst
- ○8 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

2 Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit im Projekt OnCoPaTh hinzugezogen werden?

- ○1 Zu früh
- ○2 Genau richtig
- ○3 Zu spät
- ○4 Unterschiedlich, abhängig von: ……
  ……

3	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5 Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die **Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen**?
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Brief (schriftlich)	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch)	**Fax**	**E-Mail**	**Durch Patient*in**	**Keine Weitergabe** (durch Versorger*in)	**Sonstiges (z. B. App)**
	1	2	3	4	5	6	7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Krebspatient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manchmal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

7 Wenn Sie **keine Informationen über Krebspatient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?

……

……

8 Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem/den…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Immer 1	**Meistens** 2	**Manch-mal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9 Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/Arztbriefen** ergänzt werden sollten?

- ○1 Nein
- ○2 Wenn ja, welche? ……...
  ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung / den Kontakt mit Krebspatient*innen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Papierform
- ○2 Computer
- ○3 Tablet/Handy
- ○4 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-tionsplan** (Schmerz-mittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**Keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Weitere Fachärzt*innen	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**? ……
……

12	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** (z. B. einen „runden Tisch“) mit Ihnen und den **Versorger*innen** über gemeinsame Krebspatient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen in **Ihrer Organisation**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen mit der/dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Kommunikation** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der **Überleitung** der Krebspatient*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren **Zusammenarbeit** mit den Versorger*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

19	Haben Sie das Gefühl, dass sich das Projekt OnCoPaTh positiv auf die Zusammenarbeit mit der **onkologischen Einrichtung** auswirkt?		
		○$_1$	Ja
		○$_2$	Nein

20	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme voll und ganz zu** 1	**Stimme zu** 2	**Teils/ teils** 3	**Stimme nicht zu** 4	**Stimme überhaupt nicht zu** 5
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.	○	○	○	○	○

21	**Wie schätzen Sie folgende Fragen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Zufrieden** 2	**Teils/ teils** 3	**Eher zufrieden** 4	**Überhaupt nicht zufrieden** 5
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?	○	○	○	○	○
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?	○	○	○	○	○

Abschnitt 2

Menschen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen Ihrer **Selbstorganisation**, die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) im Rahmen des **Projektes OnCoPaTh**.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	In welchem Maße…	**Überhaupt nicht** 1	2	3	**Teils/teils** 4	5	6	**In sehr großem Maße** 7
1	… widmen Sie sich in Ihrer Selbstorganisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz?	○	○	○	○	○	○	○
2	… wird das Thema Gesundheitskompetenz von Ihnen in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
3	… werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Selbstorganisation unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
4	… werden von Ihnen individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. versch. Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
5	… verfügen Sie über Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
6	… stellen Sie Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereit (z. B. DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
7	… stellen Sie sicher, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z. B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
8	… kommunizieren Sie den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten rund um die Versorgung auf sie zukommen können?	○	○	○	○	○	○	○
9	… nehmen Sie an Schulungen zum Thema Gesundheitskompetenz teil?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: In Anlehnung an: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

		Ich stimme voll und ganz zu	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
		1	2	3	4
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
9	Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
17	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 4

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zur **Implementierung und Umsetzung** des **Projektes OnCoPaTh** in Ihrer Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) zustimmen. Falls das **Projekt OnCoPaTh** aktuell nicht umgesetzt wird, wie wäre es im Falle der Umsetzung?

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen: (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme nicht zu** 1	**Stimme eher nicht zu** 2	**Teils teils** 3	**Stimme eher zu** 4	**Stimme zu** 5
1	Ich zeige hohes Engagement bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○
2	Ich werde tun, was auch immer nötig ist, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
3	Ich möchte das **Projekt OnCoPaTh** umsetzen.	○	○	○	○	○
4	Ich bin fest entschlossen, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
5	Ich bin motiviert, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** Herausforderungen. Ich bin zuversichtlich, diese zu meistern.	○	○	○	○	○
7	Ich bin zuversichtlich, dass ich den Verlauf der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** überblicken kann.	○	○	○	○	○
8	Ich bin zuversichtlich, dass ich Aufgaben so koordinieren kann, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	○	○	○	○	○
9	Ich bin zuversichtlich, dass ich Unterstützung erfahre, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○

Quellen: In Anlehnung an: Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci. 9:7. doi:10.1186/1748-5908-9-7.) Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, et al (2000) Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study BMJ Open;10:e034380.

Abschnitt 5

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**. Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Welchem **Geschlecht** fühlen Sie sich zugehörig?	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers

2	In welchem **Jahr** sind Sie **geboren**?	○1	Vor 1960
		○2	1960 – 1969
		○3	1970 – 1979
		○4	1980 – 1989
		○5	1990 – 1999
		○6	2000 oder später

3	Was ist ihr **höchster Schulabschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule (POS) Abschluss 8. Klasse
		○3	Mittlere Reife, Fachoberschulreife, POS Abschluss 10. Klasse
		○4	Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
		○5	Sonstiger Schulabschluss

4	Welche **berufliche Ausbildung** haben Sie absolviert? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r / Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Pflegefachmann/Pflegefachfrau
		○8	Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule) (Bitte Studiengang eintragen!) …….....
			…….....
		○9	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....

5	Verfügen Sie über folgende **Fachweiterbildung**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		○2	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		○3	Palliativpflege / Palliative Care
		○4	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....
		○5	Nein

6	Haben Sie (weitere) **Zusatzqualifikationen**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Pflegeberatung
		○2	Wundmanagement
		○3	Kommunikation im beruflichen Kontext
		○4	Case- und Care Management
		○5	Advance Care Planning (ACP)
		○6	Basale Stimulation
		○7	Kinästhetik
		○8	Aromatherapie
		○9	Wickel und Auflagen
		○10	Sonstige (Bitte eintragen!) ……..…… ……..……..
		○11	Nein

7	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an. (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1 bis < 3 Jahre** 3	**3 bis 5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Erfahrung in der Beratung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung mit hämatologischen/ onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung.	○	○	○	○	○

8	Wie ist Ihr **derzeitiger Beschäftigungsstatus**?	○1	Vollzeit
		○2	Teilzeit
		○3	Sonstiger (Bitte eintragen!) ……..……

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 2-3-10-_ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen

Fragebogen T4

Interventionsgruppe

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-3-20-_ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

Gefördert durch:







Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie die vorherigen Fragebögen bereits ausgefüllt haben, bitten wir Sie, die Fragen in Abschnitt 5 (Angaben zu Ihrer Person) **trotzdem erneut auszufüllen** und den **Fragebogen komplett zu beantworten.** Dies ist notwendig, da kleine Änderungen vorgenommen wurden und diese Angaben benötigt werden. Ab dem nächsten Erhebungszeitpunkt werden Fragen, die Ihre Person betreffen, nicht erneut abgefragt.

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym generieren**. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.
Falls Sie für die letzten Befragungen bereits ein Pseudonym generiert haben, tragen Sie bitte dieses Pseudonym in den dafür vorgesehenen Feldern dieses Fragebogens ein.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird:

➔ Der **Geburtsmonat** und das **Geburtsjahr** Ihrer Mutter sowie die **Initialen** Ihrer Mutter.

Beispiel: **Ihre Mutter** ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller.**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Bitte tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen, ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie stimmig ist.
- Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollte eine Mehrfachantwort möglich sein, wird explizit („Mehrfachantworten möglich!“) darauf hingewiesen.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

Wie füllen Sie den Fragebogen aus?	**trifft nicht zu**	**trifft wenig zu**	**trifft ziemlich zu**	**trifft zu**
1 So kreuzen Sie richtig an.	○		○	○
2 Falls Sie Ihre Meinung ändern möchten.			○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, können Sie sich gerne an die zuständige Mitarbeiterin wenden:

Lisa Blattert (M.Sc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefon: 0221 - 933 19 19 18
E-Mail: blattert@winho.de

WINHO – Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln

Bitte geben Sie zuerst das <u>Datum</u> an, an dem Sie den Bogen ausfüllen, sowie Ihr generiertes <u>Pseudonym.</u>

				2	0										
Tag		Monat		Jahr				Pseudonym							

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **primär** tätig sind. (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 SAPV-Team
- ○2 Hospizdienst
- ○3 Ambulanter Pflegedienst
- ○4 Krankenhaus
- ○5 Palliativstation im Krankenhaus
- ○6 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……
  ……

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass es in diesem Fragenbogen um **Ihre Einschätzung, Ihre Erfahrung und Ihr Wissen** in Bezug auf Ihre Tätigkeit als **konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP)** im Rahmen von **OnCoPaTh** geht.

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Krebspatient*innen, ihren Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Krebspatient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1 **Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/Versorgung der **Krebspatient*innen** einbezogen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Patient*in selbst
- ○2 Angehörige
- ○3 Hausärztliche Praxis
- ○4 Hämato-onkologische Praxis
- ○5 Krankenhaus
- ○6 Pflegeheim
- ○7 Sozialdienst
- ○8 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

2 Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit im Projekt OnCoPaTh hinzugezogen werden?

- ○1 Zu früh
- ○2 Genau richtig
- ○3 Zu spät
- ○4 Unterschiedlich, abhängig von: ……
  ……

3	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5 Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die **Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen**?
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Brief (schriftlich)	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch)	**Fax**	**E-Mail**	**Durch Patient*in**	**Keine Weitergabe** (durch Versorger*in)	**Sonstiges (z. B. App)**
	1	2	3	4	5	6	7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Krebspatient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manchmal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

7 Wenn Sie **keine Informationen über Krebspatient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?

……

……

8 Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem/den…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Immer 1	**Meistens** 2	**Manch-mal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9 Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/Arztbriefen** ergänzt werden sollten?

- ○1 Nein
- ○2 Wenn ja, welche? ……...
  ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung / den Kontakt mit Krebspatient*innen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Papierform
- ○2 Computer
- ○3 Tablet/Handy
- ○4 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-tionsplan** (Schmerz-mittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**Keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Weitere Fachärzt*innen	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**? ……
……

12	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** (z. B. einen „runden Tisch“) mit Ihnen und den **Versorger*innen** über gemeinsame Krebspatient*innen?	○1	Nein
		○2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen in **Ihrer Organisation**?	○1	Nein
		○2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen mit der/dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○1	Nein
		○2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Kommunikation** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der **Überleitung** der Krebspatient*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren **Zusammenarbeit** mit den Versorger*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

19	Haben Sie das Gefühl, dass sich das Projekt OnCoPaTh positiv auf die Zusammenarbeit mit der **onkologischen Einrichtung** auswirkt?		
		○$_1$	Ja
		○$_2$	Nein

20	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme voll und ganz zu** 1	**Stimme zu** 2	**Teils/ teils** 3	**Stimme nicht zu** 4	**Stimme überhaupt nicht zu** 5
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.	○	○	○	○	○

21	**Wie schätzen Sie folgende Fragen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Zufrieden** 2	**Teils/ teils** 3	**Eher zufrieden** 4	**Überhaupt nicht zufrieden** 5
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?	○	○	○	○	○
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?	○	○	○	○	○

Abschnitt 2

Menschen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen Ihrer **Selbstorganisation**, die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) im Rahmen des **Projektes OnCoPaTh**.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	In welchem Maße…	**Überhaupt nicht** 1	2	3	**Teils/teils** 4	5	6	**In sehr großem Maße** 7
1	… widmen Sie sich in Ihrer Selbstorganisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz?	○	○	○	○	○	○	○
2	… wird das Thema Gesundheitskompetenz von Ihnen in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
3	… werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Selbstorganisation unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
4	… werden von Ihnen individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. versch. Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
5	… verfügen Sie über Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
6	… stellen Sie Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereit (z. B. DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
7	… stellen Sie sicher, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z. B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
8	… kommunizieren Sie den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten rund um die Versorgung auf sie zukommen können?	○	○	○	○	○	○	○
9	… nehmen Sie an Schulungen zum Thema Gesundheitskompetenz teil?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: In Anlehnung an: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

		Ich stimme voll und ganz zu	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
		1	2	3	4
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
9	Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
17	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 4

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zur **Implementierung und Umsetzung** des **Projektes OnCoPaTh** in Ihrer Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) zustimmen. Falls das **Projekt OnCoPaTh** aktuell nicht umgesetzt wird, wie wäre es im Falle der Umsetzung?

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen: (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme nicht zu** 1	**Stimme eher nicht zu** 2	**Teils teils** 3	**Stimme eher zu** 4	**Stimme zu** 5
1	Ich zeige hohes Engagement bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○
2	Ich werde tun, was auch immer nötig ist, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
3	Ich möchte das **Projekt OnCoPaTh** umsetzen.	○	○	○	○	○
4	Ich bin fest entschlossen, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
5	Ich bin motiviert, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** Herausforderungen. Ich bin zuversichtlich, diese zu meistern.	○	○	○	○	○
7	Ich bin zuversichtlich, dass ich den Verlauf der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** überblicken kann.	○	○	○	○	○
8	Ich bin zuversichtlich, dass ich Aufgaben so koordinieren kann, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	○	○	○	○	○
9	Ich bin zuversichtlich, dass ich Unterstützung erfahre, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○

Quellen: In Anlehnung an: Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci. 9:7. doi:10.1186/1748-5908-9-7.) Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, et al (2000) Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study BMJ Open;10:e034380.

Abschnitt 5

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**. Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Welchem **Geschlecht** fühlen Sie sich zugehörig?	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers

2	In welchem **Jahr** sind Sie **geboren**?	○1	Vor 1960
		○2	1960 – 1969
		○3	1970 – 1979
		○4	1980 – 1989
		○5	1990 – 1999
		○6	2000 oder später

3	Was ist ihr **höchster Schulabschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule (POS) Abschluss 8. Klasse
		○3	Mittlere Reife, Fachoberschulreife, POS Abschluss 10. Klasse
		○4	Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
		○5	Sonstiger Schulabschluss

4	Welche **berufliche Ausbildung** haben Sie absolviert? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r / Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Pflegefachmann/Pflegefachfrau
		○8	Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule) (Bitte Studiengang eintragen!) …….....
			…….....
		○9	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....

5	Verfügen Sie über folgende **Fachweiterbildung**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		○2	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		○3	Palliativpflege / Palliative Care
		○4	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....
		○5	Nein

6	Haben Sie (weitere) **Zusatzqualifikationen**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Pflegeberatung
		○2	Wundmanagement
		○3	Kommunikation im beruflichen Kontext
		○4	Case- und Care Management
		○5	Advance Care Planning (ACP)
		○6	Basale Stimulation
		○7	Kinästhetik
		○8	Aromatherapie
		○9	Wickel und Auflagen
		○10	Sonstige (Bitte eintragen!) ……..…… ……..……..
		○11	Nein

7	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an. (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1 bis < 3 Jahre** 3	**3 bis 5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Erfahrung in der Beratung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung mit hämatologischen/ onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung.	○	○	○	○	○

8	Wie ist Ihr **derzeitiger Beschäftigungsstatus**?	○1	Vollzeit
		○2	Teilzeit
		○3	Sonstiger (Bitte eintragen!) ……..……

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-3-20-0100	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen

Fragebogen T4-Erhebung

Vergleichsgruppe II

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 2-3-20-_ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

Gefördert durch:







Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Falls Sie die vorherigen Fragebögen bereits ausgefüllt haben, bitten wir Sie, die Fragen in Abschnitt 5 (Angaben zu Ihrer Person) **trotzdem erneut auszufüllen** und den **Fragebogen komplett zu beantworten.** Dies ist notwendig, da kleine Änderungen vorgenommen wurden und diese Angaben benötigt werden. Ab dem nächsten Erhebungszeitpunkt werden Fragen, die Ihre Person betreffen, nicht erneut abgefragt.

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym generieren**. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.
Falls Sie für die letzten Befragungen bereits ein Pseudonym generiert haben, tragen Sie bitte dieses Pseudonym in den dafür vorgesehenen Feldern dieses Fragebogens ein.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird:

➔ Der **Geburtsmonat** und das **Geburtsjahr** Ihrer Mutter sowie die **Initialen** Ihrer Mutter.

Beispiel: **Ihre Mutter** ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller.**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Bitte tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen, ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie stimmig ist.
- Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollte eine Mehrfachantwort möglich sein, wird explizit („Mehrfachantworten möglich!“) darauf hingewiesen.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

Wie füllen Sie den Fragebogen aus?	**trifft nicht zu**	**trifft wenig zu**	**trifft ziemlich zu**	**trifft zu**
1 So kreuzen Sie richtig an.	○		○	○
2 Falls Sie Ihre Meinung ändern möchten.			○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, können Sie sich gerne an die zuständige Mitarbeiterin wenden:

Lisa Blattert (M.Sc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefon: 0221 - 933 19 19 18
E-Mail: blattert@winho.de

WINHO – Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln

Bitte geben Sie zuerst das <u>Datum</u> an, an dem Sie den Bogen ausfüllen, sowie Ihr generiertes <u>Pseudonym.</u>

				2	0										
Tag		Monat		Jahr				Pseudonym							

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **primär** tätig sind. (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 SAPV-Team
- ○2 Hospizdienst
- ○3 Ambulanter Pflegedienst
- ○4 Krankenhaus
- ○5 Palliativstation im Krankenhaus
- ○6 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……
  ……

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass es in diesem Fragenbogen um **Ihre Einschätzung, Ihre Erfahrung und Ihr Wissen** in Bezug auf Ihre Tätigkeit als **konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP)** im Rahmen von **OnCoPaTh** geht.

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Krebspatient*innen, ihren Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Krebspatient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1 **Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/Versorgung der **Krebspatient*innen** einbezogen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Patient*in selbst
- ○2 Angehörige
- ○3 Hausärztliche Praxis
- ○4 Hämato-onkologische Praxis
- ○5 Krankenhaus
- ○6 Pflegeheim
- ○7 Sozialdienst
- ○8 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

2 Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit im Projekt OnCoPaTh hinzugezogen werden?

- ○1 Zu früh
- ○2 Genau richtig
- ○3 Zu spät
- ○4 Unterschiedlich, abhängig von: ……
  ……

3	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden**	**Eher zufrieden**	**Eher unzufrieden**	**Sehr unzufrieden**
		1	2	3	4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5 Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die **Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen**?
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Brief (schriftlich)	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch)	**Fax**	**E-Mail**	**Durch Patient*in**	**Keine Weitergabe** (durch Versorger*in)	**Sonstiges (z. B. App)**
	1	2	3	4	5	6	7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Krebspatient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer**	**Meistens**	**Manchmal**	**Selten**	**Nie**	**Trifft nicht zu**
		1	2	3	4	5	6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

7 Wenn Sie **keine Informationen über Krebspatient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?

……

……

8 Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem/den…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Immer 1	**Meistens** 2	**Manch-mal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9 Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/Arztbriefen** ergänzt werden sollten?

- ○1 Nein
- ○2 Wenn ja, welche? ……...
  ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung / den Kontakt mit Krebspatient*innen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Papierform
- ○2 Computer
- ○3 Tablet/Handy
- ○4 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……...
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-tionsplan** (Schmerz-mittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**Keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Weitere Fachärzt*innen	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**? ……
……

12	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** (z. B. einen „runden Tisch“) mit Ihnen und den **Versorger*innen** über gemeinsame Krebspatient*innen?	○1	Nein
		○2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen in **Ihrer Organisation**?	○1	Nein
		○2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen mit der/dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○1	Nein
		○2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			Ich welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Kommunikation** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der **Überleitung** der Krebspatient*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren **Zusammenarbeit** mit den Versorger*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..……..
			……
			……

19	Haben Sie das Gefühl, dass sich das Projekt OnCoPaTh positiv auf die Zusammenarbeit mit der **onkologischen Einrichtung** auswirkt?		
		○$_1$	Ja
		○$_2$	Nein

20	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme voll und ganz zu** 1	**Stimme zu** 2	**Teils/ teils** 3	**Stimme nicht zu** 4	**Stimme überhaupt nicht zu** 5
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.	○	○	○	○	○

21	**Wie schätzen Sie folgende Fragen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Zufrieden** 2	**Teils/ teils** 3	**Eher zufrieden** 4	**Überhaupt nicht zufrieden** 5
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?	○	○	○	○	○
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?	○	○	○	○	○

Abschnitt 2

Menschen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen Ihrer **Selbstorganisation**, die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) im Rahmen des **Projektes OnCoPaTh**.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	In welchem Maße…	**Überhaupt nicht** 1	2	3	**Teils/teils** 4	5	6	**In sehr großem Maße** 7
1	… widmen Sie sich in Ihrer Selbstorganisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz?	○	○	○	○	○	○	○
2	… wird das Thema Gesundheitskompetenz von Ihnen in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
3	… werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Selbstorganisation unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
4	… werden von Ihnen individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. versch. Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
5	… verfügen Sie über Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
6	… stellen Sie Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereit (z. B. DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
7	… stellen Sie sicher, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z. B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
8	… kommunizieren Sie den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten rund um die Versorgung auf sie zukommen können?	○	○	○	○	○	○	○
9	… nehmen Sie an Schulungen zum Thema Gesundheitskompetenz teil?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: In Anlehnung an: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

		Ich stimme voll und ganz zu	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
		1	2	3	4
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
9	Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
17	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 4

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zur **Implementierung und Umsetzung** des **Projektes OnCoPaTh** in Ihrer Rolle als konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP) zustimmen. Falls das **Projekt OnCoPaTh** aktuell nicht umgesetzt wird, wie wäre es im Falle der Umsetzung?

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen: (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme nicht zu** 1	**Stimme eher nicht zu** 2	**Teils teils** 3	**Stimme eher zu** 4	**Stimme zu** 5
1	Ich zeige hohes Engagement bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○
2	Ich werde tun, was auch immer nötig ist, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
3	Ich möchte das **Projekt OnCoPaTh** umsetzen.	○	○	○	○	○
4	Ich bin fest entschlossen, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
5	Ich bin motiviert, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** Herausforderungen. Ich bin zuversichtlich, diese zu meistern.	○	○	○	○	○
7	Ich bin zuversichtlich, dass ich den Verlauf der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** überblicken kann.	○	○	○	○	○
8	Ich bin zuversichtlich, dass ich Aufgaben so koordinieren kann, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	○	○	○	○	○
9	Ich bin zuversichtlich, dass ich Unterstützung erfahre, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○

Quellen: In Anlehnung an: Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci. 9:7. doi:10.1186/1748-5908-9-7.) Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, et al (2000) Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study BMJ Open;10:e034380.

Abschnitt 5

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**. Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Welchem **Geschlecht** fühlen Sie sich zugehörig?	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers

2	In welchem **Jahr** sind Sie **geboren**?	○1	Vor 1960
		○2	1960 – 1969
		○3	1970 – 1979
		○4	1980 – 1989
		○5	1990 – 1999
		○6	2000 oder später

3	Was ist ihr **höchster Schulabschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule (POS) Abschluss 8. Klasse
		○3	Mittlere Reife, Fachoberschulreife, POS Abschluss 10. Klasse
		○4	Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
		○5	Sonstiger Schulabschluss

4	Welche **berufliche Ausbildung** haben Sie absolviert? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r / Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Pflegefachmann/Pflegefachfrau
		○8	Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule) (Bitte Studiengang eintragen!) …….....
			…….....
		○9	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....

5	Verfügen Sie über folgende **Fachweiterbildung**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Fachkrankenpflege Hämatologie und Onkologie
		○2	Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivmedizin
		○3	Palliativpflege / Palliative Care
		○4	Sonstige (Bitte eintragen!) …….....
			…….....
		○5	Nein

6	Haben Sie (weitere) **Zusatzqualifikationen**? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Pflegeberatung
		○2	Wundmanagement
		○3	Kommunikation im beruflichen Kontext
		○4	Case- und Care Management
		○5	Advance Care Planning (ACP)
		○6	Basale Stimulation
		○7	Kinästhetik
		○8	Aromatherapie
		○9	Wickel und Auflagen
		○10	Sonstige (Bitte eintragen!) ……..…… ……..……..
		○11	Nein

7	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an. (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1 bis < 3 Jahre** 3	**3 bis 5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Erfahrung in der Beratung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung mit hämatologischen/ onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung.	○	○	○	○	○

8	Wie ist Ihr **derzeitiger Beschäftigungsstatus**?	○1	Vollzeit
		○2	Teilzeit
		○3	Sonstiger (Bitte eintragen!) ……..……

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 2-3-20-0100	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T6

OncoCoach

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 3-2-60- _ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie erneut Ihr Pseudonym wie in den letzten Befragungen generieren. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, miteinander verbinden und gleichzeitig Ihre Anonymität gewährleisten.

Bitte verwenden Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym wie bei der letzten Befragung. Dieses können Sie wie folgt generieren: Der Geburtsmonat und das Geburtsjahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im Mai 1914 geboren; Name der Mutter Edith Müller

ID:	0	5	1	9	1	4	E	M
				Pseudonym				

Bitte Tragen Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

ID:								
				Pseudonym				

Muster

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie berufliche Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie ausfüllen?	stimme gar **nicht** zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme **voll** und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☐	■	☒

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen sowie Ihr zuvor generiertes Pseudonym:

				2	0	2	4	
Tag		Monat		Jahr				

ID: | | | | | | | | | | Pseudonym

Abschnitt A

Im folgenden Abschnitt geht es um Aussagen, die sich auf die **Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine Umsetzung des OncoCoachings sowie der frühen palliativen Begleitung** beziehen.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	**Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…**	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
1.01	...wird in unserer Einrichtung eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft wie den OncoCoach angestrebt.	☐	☐	☐	☐
1.02	...wird in unserer Einrichtung eine frühe palliative Begleitung angestrebt.	☐	☐	☐	☐
1.03	…wird die Einbindung der Angehörigen in die Coaching-Gespräche angestrebt.	☐	☐	☐	☐
1.04	...ist in unserer Einrichtung ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen (z.B. Ärzt*innen, Pflegefachkräfte und OncoCoach) gegeben.	☐	☐	☐	☐
2	**Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Einrichtung zustimmen.**	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
2.01	In unserer Einrichtung werden die Mitarbeitenden dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	☐	☐	☐	☐
2.02	In unserer Einrichtung werden die Ideen der Mitarbeitenden aufgegriffen.	☐	☐	☐	☐
2.03	In unserer Einrichtung ist man offen gegenüber innovativen Ideen.	☐	☐	☐	☐
2.04	Mir stehen die zeitlichen Ressourcen für die Durchführung des OncoCoachings zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
2.05	Mir stehen die räumlichen Ressourcen für das OncoCoaching zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
2.06	Es gibt eine schriftliche Vereinbarung zwischen meiner*meinem Vorgesetzten und mir, die meine Tätigkeit als OncoCoach regelt.	☐	☐	☐	☐
2.07	In unserer Einrichtung sind die notwendigen Rahmenbedingungen für das OncoCoaching (z.B. ausreichend Zeit, Personal, Räumlichkeiten) gegeben.	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt B

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und Interaktion mit** Ärzt*innen, Pflegefachkräften, Medizinischen Fachangestellten und weiterem **Gesundheitspersonal in Ihrem beruflichen Umfeld**. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	☐	☐	☐	☐
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen (z.B. Fachbegriffe in der Kommunikation mit Patient*innen zu vermeiden).	☐	☐	☐	☐
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	☐	☐	☐	☐
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	☐	☐	☐	☐
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐
9	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	☐	☐	☐	☐
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	☐	☐	☐	☐
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	☐	☐	☐	☐
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	☐	☐	☐	☐
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
17	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐
18	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.)

Abschnitt C

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Einrichtung, Patient*innen, Angehörigen und anderen Professionen**. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	Patient*innen werden in unserer Einrichtung ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1.01	...ihre Diagnose informiert.	☐	☐	☐	☐
1.02	...ihre Prognose informiert.	☐	☐	☐	☐
1.03	…ihre Symptome informiert.	☐	☐	☐	☐
1.04	…ihre Medikation informiert.	☐	☐	☐	☐
1.05	…ihre Nebenwirkungen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.06	…ihre Therapieoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.07	…weitere Behandlungstermine informiert.	☐	☐	☐	☐
1.08	…Einschränkungen und Verbote informiert.	☐	☐	☐	☐
1.09	…Behandlungsoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.10	…Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.11	…spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) informiert.	☐	☐	☐	☐
1.12	… das Angebot einer frühen palliativen Betreuung und Begleitung im Sinne der OnCoPaTh-Studie (einer konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP).	☐	☐	☐	☐
1.13	…Pflegeeinrichtungen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.14	…Ernährungsempfehlungen informiert.	☐	☐	☐	☐
2	**Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:**	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
2.01	Angehörige erhalten alle relevanten Informationen in Bezug auf die Erkrankung und zur Betreuung der Patient*innen (z.B. Informationsmaterial zu Diagnose und Prognose, Therapieoptionen, Betreuungsangebote und Beratungsstellen).	☐	☐	☐	☐

Muster

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
2.02	Professionen, die an der Versorgung der Patient*innen beteiligt sind, erhalten alle relevanten Informationen zur weiteren Betreuung (z.B. Medikationspläne, Überleitungsinformationen).	☐	☐	☐	☐
2.03	Sofern Patient*innen palliativ versorgt werden, stehen dem ärztlichen Personal in unserer Einrichtung alle relevanten Informationen aus der palliativen Betreuung zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
2.04	Im Rahmen meiner Tätigkeit als OncoCoach arbeite ich mit den Ärzt*innen in unserer Einrichtung Hand in Hand.	☐	☐	☐	☐
2.05	Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der Überleitung der Patient*innen?	☐ Nein → *weiter mit Frage 3* ☐ Ja			
2.05a		Wenn ja, welche? _____ _____ _____ _____			

3	**Wie zufrieden sind Sie mit der <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen und...**	Nicht zutreffend	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
3.01	…dem ärztlichen Personal Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
3.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
3.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
3.04	…Hausärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
3.05	…anderen Fachärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
3.06	… Pflegefachpersonen der ambulanten palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
3.07	… Pflegefachpersonen der stationären palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
3.08	… Fachkräften aus dem psychosozialen Fachbereich?	☐	☐	☐	☐	☐

4	**Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der <u>Zusammenarbeit</u> zwischen Ihnen und...**	Nicht zutreffend	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
4.01	…dem ärztlichen Personal Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
4.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
4.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
4.04	…Hausärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
4.05	…anderen Fachärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
4.06	… Pflegefachpersonen der ambulanten palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
4.07	… Pflegefachpersonen der stationären palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
4.08	… Fachkräften aus dem psychosozialen Fachbereich?	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

5	Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der weiteren Kommunikation oder Zusammenarbeit?	☐ Nein → *weiter mit Frage 6* ☐ Ja
5.01		Wenn ja, welche? _____ _____ _____
6	Haben Sie eine konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP) als konkrete*n Ansprechpartner*in?	☐ Nein → *weiter mit Frage 8* ☐ Ja
7	Wie hat sich die Zusammenarbeit mit den konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkräften (KoPPs) über die Projektlaufzeit verändert?	☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Unverändert → *weiter mit Frage 8*
7.01	Die Zusammenarbeit mit den KoPPs hat sich wie folgt verändert: _____ _____	
8	Wie hat sich Ihre Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal in Ihrer Einrichtung über die Projektlaufzeit verändert?	☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Unverändert

Muster

Abschnitt D

Im folgenden Abschnitt bitten wir Sie um eine Einschätzung zu Ihrem **Umgang mit Herausforderungen im Alltag**.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	☐	☐	☐	☐
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*, Berlin.)

Abschnitt E

Im folgenden Abschnitt möchten wir erfahren, wie Sie Ihr **Wissen, Ihre Kenntnisse und Erfahrungen rund um das Thema „onkologische Versorgung und Beratung“** einschätzen.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	**Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:**	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1.01	Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.02	Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien“ (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch) aus.	☐	☐	☐	☐
1.03	Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.04	Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.05	Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.06	Ich kenne den Unterschied zwischen einer frühen palliativen Betreuung und der allgemeinen bzw. spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV).	☐	☐	☐	☐
2	**Ich fühle mich kompetent darin, …**				
2.01	…ein Coaching-Gespräch angemessen vorzubereiten (d.h. Rahmenbedingungen herzustellen und wichtige Informationen zu sammeln).	☐	☐	☐	☐
2.02	…Informationen zu Medikamenten über zuverlässige Quellen zu finden.	☐	☐	☐	☐
2.03	…die Bedürfnisse der onkologischen Patient*innen einzuschätzen.	☐	☐	☐	☐
2.04	…onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.	☐	☐	☐	☐
2.05	…Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐
2.06	…gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung in unserer Einrichtung zu implementieren.	☐	☐	☐	☐
2.07	…onkologische Patient*innen über das Angebot und die Vorteile einer frühen palliativen Betreuung zu informieren.	☐	☐	☐	☐
2.08	…Widerstände oder Bedenken zur frühen palliativen Betreuung seitens der Patient*innen zu identifizieren und darauf einzugehen.	☐	☐	☐	☐
2.09	…die Angehörigen in das OncoCoaching einzubeziehen.	☐	☐	☐	☐
2.10	…die Beratung der Patient*innen gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.	☐	☐	☐	☐

Muster

3	Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
3.01	Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.	☐	☐	☐	☐
3.02	Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.	☐	☐	☐	☐
3.03	Ich nehme eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.	☐	☐	☐	☐
3.04	Für Probleme, die im Beratungsgespräch (OncoCoaching) entstehen können, kann ich eine geeignete Lösung finden.	☐	☐	☐	☐
3.05	Bei überraschenden Ereignissen im Beratungsgespräch (OncoCoaching) glaube ich, dass ich gut mit diesen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
3.06	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, das Beratungsgespräch (OncoCoaching) positiv zu Ende zu führen.	☐	☐	☐	☐
3.07	Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Patient*innen ausreichend Anerkennung für meine Arbeit mit Krebspatient*innen bekomme.	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt F

Im folgenden Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Tätigkeit und Ihrem Arbeitsalltag.**

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.

1	Haben Sie feste Zeiten für eine OncoCoach-Sprechstunde eingerichtet?	☐ Ja ☐ Nein			
2	Nutzen Sie für die Beratungsgespräche mit onkologischen Patient*innen (OncoCoaching) einen separaten Raum?	☐ Ja ☐ Nein			
3	Wie viele Coaching-Gespräche haben Sie in der letzten Woche durchgeführt?	**0** ☐	**1-5** ☐	**6-10** ☐	**mehr als 11** ☐

Denken Sie bitte an die Tätigkeiten, die Sie bei Ihrer Arbeit tagtäglich ausführen. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Tätigkeiten?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

4	Meine Tätigkeiten…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
4.01	…sind ziemlich uninteressant.	☐	☐	☐	☐	☐
4.02	…sind spannend.	☐	☐	☐	☐	☐
4.03	…fordern mich.	☐	☐	☐	☐	☐
4.04	…langweilen mich.	☐	☐	☐	☐	☐
4.05	…gefallen mir.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an die Kolleg*innen, mit denen Sie regelmäßig zusammenarbeiten. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Arbeitskolleg*innen?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

5	Meine Arbeitskolleg*innen sind…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
5.01	…zerstritten.	☐	☐	☐	☐	☐
5.02	…sympathisch.	☐	☐	☐	☐	☐
5.03	…kollegial.	☐	☐	☐	☐	☐
5.04	…angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
5.05	…frustrierend.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an Ihre aktuellen Möglichkeiten, sich im Job weiterzuentwickeln, aufzusteigen und verantwortungsvollere Aufgaben zu übernehmen. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an**.**

6	Meine Entwicklungsmöglichkeiten…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
6.01	…sind gut.	☐	☐	☐	☐	☐
6.02	…sind ziemlich eingeschränkt.	☐	☐	☐	☐	☐
6.03	…sind angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐
6.04	…existieren kaum.	☐	☐	☐	☐	☐
6.05	…sind leistungsgerecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie nun bitte an Ihre aktuelle Bezahlung inklusive aller Zuschläge und Zuschüsse. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Bezahlung?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

7	Meine Bezahlung…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
7.01	…ist fair.	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	…ist ungerecht.	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	…ist zufriedenstellend.	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	…ist unangemessen.	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	…ist schlecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an Ihre*n direkte*n Vorgesetzte*n (der*die Ihnen Anweisungen gibt und Ihre Arbeit kontrollieren kann). Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre*n Vorgesetzte*n?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

8	Mein*e direkte*r Vorgesetzte*r…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
8.01	…ist rücksichtsvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
8.02	…ist fair.	☐	☐	☐	☐	☐
8.03	…ist unbeliebt.	☐	☐	☐	☐	☐
8.04	…ist vertrauenswürdig.	☐	☐	☐	☐	☐
8.05	…ist ungerecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren aktuellen Job im Allgemeinen. Wie gut beschreiben diese Aussagen Ihren Job?

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

9	Alles in allem ist mein Job…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
9.01	…gut.	☐	☐	☐	☐	☐
9.02	…zufriedenstellend.	☐	☐	☐	☐	☐
9.03	…dürftig.	☐	☐	☐	☐	☐
9.04	…angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
9.05	…niemandem zu wünschen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Haarhaus, B. (2015): Entwicklung und Validierung eines Kurzfragebogens zur Erfassung von allgemeiner und facetten-spezifischer Arbeitszufriedenheit, *Diagnostica* 62 (2): 61-73.)

Denken Sie bitte an Ihre (zukünftige) Tätigkeit als OncoCoach. Wie zutreffend sind die folgenden Aussagen?

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

10	Meine Tätigkeit als OncoCoach	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
10.01	… wirkt sich positiv auf meine Zufriedenheit mit meinem Job aus.	☐	☐	☐	☐	☐
10.02	…wirkt sich negativ auf die Zusammenarbeit mit meinen Kolleg*innen aus.	☐	☐	☐	☐	☐
10.03	…wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal in unserer Einrichtung aus.	☐	☐	☐	☐	☐
10.04	…führt zu einer höheren Belastung in meinem Arbeitsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
10.05	…führt bei meinen Kolleg*innen zu einer höheren Belastung im Arbeitsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
10.06	…wird durch das ärztliche Personal in unserer Einrichtung unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Arbeitsklima in Ihrer Einrichtung.

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

11	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
11.01	In unserer Einrichtung herrscht Einigkeit und Einverständnis.	☐	☐	☐	☐
11.02	In unserer Einrichtung haben wir Vertrauen zueinander.	☐	☐	☐	☐
11.03	In unserer Einrichtung gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.	☐	☐	☐	☐
11.04	In unserer Einrichtung ist das Betriebsklima gut.	☐	☐	☐	☐
11.05	In unserer Einrichtung ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	☐	☐	☐	☐
11.06	In unserer Einrichtung vertreten wir viele Werte gemeinsam.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Ansmann, L., Hower, K. I., Wirtz, M. A. et al. (2020): Measuring social capital of healthcare organizations reported by employees for creating positive workplaces – validation of the SOCAPO-E instrument, *BMC Health Services Research* 20: 272.)

Muster

Abschnitt G

Im folgenden Abschnitt geht es um **Gesundheitskompetenz** als Thema in Ihrer Einrichtung. Patient*innen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. **Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen**.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Maßnahmen in Ihrer Einrichtung, welche die Gesundheitskompetenz der Patient*innen in Ihrer Einrichtung berücksichtigen und fördern.

Bitte denken Sie an Ihre Einrichtung und **kreuzen Sie an**. Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht“, der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

	In welchem Maße…	**Über-haupt nicht**			**Teils/ teils**			**In sehr großem Maße**
		1	2	3	4	5	6	7
1	…widmet sich die Leitung Ihrer Einrichtung explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild, Personalplanung)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	…wird das Thema Gesundheits-kompetenz in Ihrer Einrichtung in Maßnahmen des Qualitäts-managements berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	…werden Gesundheitsinforma-tionen in Ihrer Einrichtung unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	…werden in Ihrer Einrichtung individualisierte Gesundheits-informationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	…gibt es in Ihrer Einrichtung Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer*in, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	…wird in Ihrer Einrichtung Mühe darauf verwendet, dass sich Patient*innen problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	…werden in Ihrer Einrichtung Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	In welchem Maße…	Über-haupt nicht			Teils/ teils			In sehr großem Maße
		1	2	3	4	5	6	7
8	…wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme, OP-Einwilligung) wirklich alles verstanden haben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	…kommunizieren Sie in Ihrer Einrichtung den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er oder sie selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	…werden in Ihrer Einrichtung die Mitarbeitenden zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Kowalski C., Lee S.-Y.D., Schmidt A. et al. (2015): The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation, *BMC Health Services Research* 15: 47.)

Muster

Abschnitt H

Die folgenden Aussagen betreffen **Ihre Einstellung bezüglich der Veränderung, die durch die Einführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in ihrem Arbeitsumfeld** stattfand. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, um Ihre Gedanken, Gefühle und Absichten bezüglich der Veränderung auszudrücken.

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1	Ich glaubte es ist gut, dass eine Veränderung stattfindet.	☐	☐	☐	☐
2	Ich war dafür offen, die Veränderung zu erwägen und auszuprobieren.	☐	☐	☐	☐
3	Ich war der Meinung, dass die Veränderung der Abteilung zugutekommt.	☐	☐	☐	☐
4	Ich hatte Angst vor der Veränderung.	☐	☐	☐	☐
5	Ich hatte ein schlechtes Gefühl bei der Veränderung.	☐	☐	☐	☐
6	Ich neigte dazu, die Veränderung abzulehnen.	☐	☐	☐	☐
7	Ich protestierte gegen die Veränderung.	☐	☐	☐	☐
8	Ich beschwerte mich bei Freunden über die Veränderung.	☐	☐	☐	☐
9	Ich äußerte meine Bedenken über die Veränderung gegenüber Mitgliedern des Managements.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Hower, K. I., Pfaff, H., Kowalski, C. et al. (2019): Measuring change attitudes in health care organizations: Psychometric evaluation of the “Change Attitude Scale”, *Journal of Health Organization and Management* 33 (3): 266-285.)

Abschnitt I
Im folgenden Abschnitt möchten wir gerne erfahren, **inwiefern** in Ihrer Einrichtung bzw. von Ihnen **die Elemente der neuen Versorgungsform bzw. Studie OnCoPaTh genutzt** wurden.

Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffenden Kästchen an.

		Rückblickend wurden in unserer Einrichtung die folgenden Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh umgesetzt bzw. in Anspruch genommen…
1	☐	Beratungsgespräche mit Patient*innen (OncoCoaching)
2	☐	Frühzeitige Einbindung von Patient*innen in die palliative Versorgung durch eine konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP)
3	☐	Konsil und Austausch mit dem*der zuständigen Onkolog*in
4	☐	Konsil und Austausch mit dem*der konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP)
5	☐	Wissensdatenbank über Komplementäre und Alternative Medizin (KAM)
6	☐	Dokumentationsmodul (App) zur persönlichen Dokumentation
7	☐	Dokumentationsmodul (App) zum patient*innenzentrierten Austausch mit der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP)
8	☐	Ein verstärkter interdisziplinärer Austausch im Behandlerteam (OncoCoach, konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP), Onkolog*in und ggf. weitere Behandler)
9	☐	Dokumentation im elektronischen Case Report Form (eCRF)
10	☐	Logbuch zur Dokumentation des OncoCoachings (Gespräche zw. Ihnen und dem*der Patient*in, Austausche von Ihnen und dem*der Onkolog*in, Austausche von Ihnen und dem*der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP))
11	☐	Gesprächsleitfaden für die OncoCoaching-Gespräche
12	☐	Teilnahme an den Review-Meetings zum Projektverlauf in unserer Einrichtung
13	☐	Teilnahme an den „Meet&Greet“-Veranstaltungen der OncoCoaches und KoPPs
14	☐	Sonstiges Element der neuen Versorgungsform OnCoPaTh: _____

Planen Sie die neue Versorgungsform OnCoPaTh nach offiziellem Studienende (31.03.2024) fortzusetzen?	☐	Nein → *weiter mit Abschnitt N*
	☐	Ja → *weiter mit Abschnitt J*

Muster

Abschnitt J

Im folgenden Abschnitt sind Fragen aufgeführt, welche die **Einführung und Anwendung der neuen Versorgungsform bzw. Studie OnCoPaTh** betreffen.

Bitte setzen Sie bei den ersten drei Fragen bei der für Sie zutreffenden Ausprägung (1-10) **ein Kreuz auf der Linie**.

Anschließend **kreuzen Sie bitte** bei den darauffolgenden Aussagen zu OnCoPaTh **an**, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.
Einige Fragen können Sie vielleicht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig beantworten oder sind sich noch unschlüssig. Kreuzen Sie in diesem Fall bitte “nicht zutreffend” an.

Wie vertraut fühlt sich OnCoPaTh für Sie an?

Fühlt sich noch sehr neu an — **Fühlt sich vollkommen vertraut an**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Betrachten Sie OnCoPaTh momentan als einen gewohnten Bestandteil Ihrer Arbeit?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Können Sie sich vorstellen, dass OnCoPaTh ein gewohnter Bestandteil Ihrer Arbeit werden wird?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**		**weder noch**		**Stimme voll und ganz zu**	**Nicht zutreffend**
1	Ich kann nachvollziehen, inwiefern sich OnCoPaTh von üblichen Arbeitsweisen unterscheidet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die Mitarbeitenden dieser Organisation haben ein gemeinsames Verständnis vom Zweck von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich verstehe, wie OnCoPaTh meine Arbeitsweise beeinflusst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich erkenne den potenziellen Wert von OnCoPaTh für meine Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Es gibt Schlüsselpersonen, welche die Anwendung von OnCoPaTh vorantreiben und andere Personen einbeziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme über-haupt nicht zu		weder noch		Stimme voll und ganz zu	Nicht zutref-fend
6	Ich finde, dass meine Beteiligung an OnCoPaTh ein legitimer Teil meiner Rolle ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ich bin offen für neue Arten der Zusammenarbeit bei der Anwendung von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ich werde OnCoPaTh weiterhin unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ich kann OnCoPaTh leicht in meine bestehende Arbeit integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	OnCoPaTh wirkt sich negativ auf Arbeitsbeziehungen aus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ich habe Vertrauen in die Fähigkeit anderer, OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Die Tätigkeiten werden Personen zugewiesen, welche über geeignete Kompetenzen verfügen, OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Es werden ausreichend Schulungen angeboten, damit Mitarbeitende OnCoPaTh anwenden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Es sind ausreichend Ressourcen zur Anwendung von OnCoPaTh verfügbar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Die Führungskräfte unterstützen OnCoPaTh angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Mir sind Berichte über die Auswirkung von OnCoPaTh bekannt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Die Mitarbeitenden sind sich einig, dass OnCoPaTh lohnenswert ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Ich schätze die Auswirkungen von OnCoPaTh auf meine Tätigkeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	Rückmeldungen zu OnCoPaTh können für zukünftige Verbesserungen genutzt werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	Ich kann anpassen, wie ich mit OnCoPaTh arbeite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Freund, J., Piotrowski, A., Bührmann, L., Oehler, C., Titzler., I., Netter, A., Pothoff, S., Ebert, D. D., Finch, T., Köberlein-Neu, J., Etzelmüller, A. (2023). Validation of the German Normalization Process Theory Measure G-NoMAD: Translation, Adaptation, and Pilot Testing.)

Muster

Abschnitt K

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Einschätzung des Engagements der Führungspersonen Ihrer Einrichtung** (damit sind alle Personen gemeint, die die Einführung von OnCoPaTh mit verantworten).
„**Fortführung**“ (der neuen Versorgungsform OnCoPaTh) bezieht sich auf die Zeit **nach Ende der Studienphase** (31.03.2024).
Bitte bewerten Sie, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Die Führungskräfte…	**Stimme über-haupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
1	… haben einen Plan entwickelt, um die Fortführung von OnCoPaTh zu vereinfachen.	☐	☐	☐	☐	☐
2	… haben Hindernisse beseitigt, die der Fortführung von OnCoPaTh im Wege standen.	☐	☐	☐	☐	☐
3	… haben Standardverfahren für die Einrichtung zur Fortführung von OnCoPaTh festgelegt.	☐	☐	☐	☐	☐
4	… wissen, wovon Sie reden, wenn es um OnCoPaTh geht.	☐	☐	☐	☐	☐
5	… kennen sich mit OnCoPaTh aus.	☐	☐	☐	☐	☐
6	… können Fragen der Mitarbeitenden zu OnCoPaTh beantworten.	☐	☐	☐	☐	☐
7	… unterstützen die Bemühungen der Mitarbeitenden OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
8	… unterstützen Bemühungen der Mitarbeitenden mehr über OnCoPaTh zu erfahren.	☐	☐	☐	☐	☐
9	… erkennen und würdigen den Einsatz der Mitarbeitenden für die erfolgreiche Fortführung von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐
10	… verfolgen die Fortführung von OnCoPaTh konsequent durch Höhen und Tiefen.	☐	☐	☐	☐	☐
11	… bleiben trotz aller Herausforderungen bei der Fortführung von OnCoPaTh am Ball.	☐	☐	☐	☐	☐
12	… reagieren auf kritische Punkte im Zusammenhang mit der Fortführung von OnCoPaTh, indem sie Probleme offen und effektiv angehen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Green, A. E. et al. (2018): Leading for the long haul: a mixed-method evaluation of the Sustainment Leadership Scale (SLS), *Implementation Science* 13: 17.)

Muster

Abschnitt L

Im folgenden Abschnitt geht es um die **neue Versorgungsform OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung**.
Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1		**Stimme über-haupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
1.01	Das Personal nutzt OnCoPaTh so oft wie möglich, wenn es sich anbietet.	☐	☐	☐	☐	☐

		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.02	Das Personal nutzt OnCoPaTh auch unter sich ändernden Bedingungen (bspw. Personalwechsel, Umzug der Einrichtung) weiter.	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	OnCoPaTh ist ein fester Bestandteil der Routine im Versorgungsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
2	**Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**	**Stimme überhaupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
2.01	Das Projekt OnCoPaTh wird wie zu Projektbeginn vorgesehen, in unserer Einrichtung umgesetzt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	Das Projekt OnCoPaTh adressiert die Bedürfnisse der vorgesehenen Zielgruppe von Krebspatient*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	Das Projekt OnCoPaTh kann entsprechend den Bedürfnissen der vorgesehenen Zielgruppe von Krebspatient*innen angepasst werden.	☐	☐	☐	☐	☐
2.04	Das Projekt OnCoPaTh steht im Einklang mit den Normen, Werten und Leitprinzipien unserer Einrichtung.	☐	☐	☐	☐	☐
2.05	Das Personal unserer Einrichtung setzt sich mit großem Engagement für die Fortführung des Projektes bzw. der neuen Versorgungsform OnCoPaTh ein.	☐	☐	☐	☐	☐
2.06	Das Projekt OnCoPaTh wird in unserer Einrichtung von einem Netzwerk an kooperierenden Partner*innen (bspw. Konsortialführung, andere Fachabteilungen/Häuser/ Zentren, Palliativversorgung) unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.07	Das Personal unserer Einrichtung bemüht sich aktiv um die Erweiterung des (Kooperations-)Netzwerks und um weitere Unterstützungsmöglichkeiten für das Projekt OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐
2.08	Alle beteiligten Personen des Kooperationsnetzwerkes setzen sich aktiv für die Fortführung des Projektes OnCoPaTh nach offiziellem Projektende ein.	☐	☐	☐	☐	☐
2.09	In unserer Einrichtung existiert ein hohes Maß an Vernetzung und Kommunikation, welche für die Fortführung des Projektes OnCoPaTh maßgeblich sind.	☐	☐	☐	☐	☐
2.10	Das Projekt OnCoPaTh ist fest in den Arbeitsalltag unserer Einrichtung integriert.	☐	☐	☐	☐	☐
2.11	Es wurden bereits Pläne für die Fortführung des Projektes bzw. der neuen Versorgungsform OnCoPaTh nach offiziellem Studienende (31.03.2024) entwickelt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.12	Das Projekt OnCoPaTh liefert deutliche Hinweise auf positive Ergebnisse z.B. auf Seiten der Patient*innen, in unseren Arbeitsabläufen, für mich persönlich oder für die Weiterentwicklung unserer Einrichtung im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐
2.12a	Besonders positiv waren für mich folgende Veränderungen: _____ _____ _____					

(Quellen: Moullin, J. C., Sklar, M., Ehrhart, M. G. et al. (2021): Provider REport of Sustainment Scale (PRESS): development and validation of a brief measure of inner context sustainment, *Implementation Science* 16 (1): 86. Und Palinkas, L. A., Chou, C.-P., Spear, S. E. (2020): Measurement of sustainment of prevention programs and initiatives: the sustainment measurement system scale, *Implementation Science* 15 (1): 71.)

Muster

Abschnitt M

Im folgenden Abschnitt geht es um die notwendigen **Ressourcen bzw. Anpassungen für die Fortführung** der neuen Versorgungsform **OnCoPaTh** nach Ende der Studienphase (31.03.2024) in Ihrer Einrichtung.

Bitte kreuzen Sie an.

		Für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in unserer Einrichtung bedarf es…
1	☐	… keiner weiteren Ressourcen und Anpassungen → *weiter mit Abschnitt N*
2	☐	… weiterer Ressourcen und Anpassungen (Mehrfachantwort möglich):
2.01	☐	Zeit
2.02	☐	Personal
2.03	☐	Finanzielle Mittel
2.04	☐	Infrastruktur (bspw. Räumlichkeiten, digitale Ausstattung)
2.05	☐	Training und Fortbildung des Personals hinsichtlich der neuen Versorgungsform
2.06	☐	Anpassungen der fachlichen Ausrichtung unserer Einrichtung
2.07	☐	Integration der neuen Versorgungsform in die Geschäftsprozesse unserer Einrichtung
2.08	☐	Einführung neuer Regelungen in unserer Einrichtung
2.09	☐	Inhaltliche Anpassungen an der neuen Versorgungsform
2.10	☐	Schlüsselpersonen, welche das Team zur weiteren Nutzung der neuen Versorgungsform motivieren
2.11	☐	Fortlaufende Unterstützung bei der Umsetzung von OnCoPaTh im Versorgungsalltag
2.12	☐	Kooperation und Zusammenarbeit mit Partner*innen (bspw. palliative Versorger, Psycho(-onkol-)log*in, Ernährungsberatung, ...)
2.13	☐	Längerfristige Planung
2.14	☐	Sonstiges: _____

Muster

Abschnitt N

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Einschätzung des zeitlichen Aufwands** im Rahmen des OnCoPaTh-Projektes und der damit verbundenen Versorgung der Patient*innen.

Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an.

1	Was schätzen Sie, wie viel Zeit haben Sie am Anfang für die Vorbereitung auf OnCoPaTh verbracht, zum Beispiel für das Einrichten eines Internetzugangs, Einrichten des Raumes etc.? Hier geht es um die Zeit, um OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung sozusagen in Betrieb zu nehmen.	☐ Unter 10 Minuten ☐ 11 bis 30 Minuten ☐ 31 bis 60 Minuten ☐ 1 bis 2 Stunden ☐ Über 2 Stunden ☐ Nicht zutreffend

2	Was schätzen Sie, wie viel Zeit verbringen Sie pro Fall (im Sinne der gesamten Behandlungszeit für eine*n Patient*in) mit der KAM-Datenbank?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ 16 bis 20 Minuten ☐ Über 21 Minuten
3	Wie lange hat es gedauert bis Sie sich an die OnCoPaTh Versorgung gewöhnt haben? In diesem Falle meint gewöhnt, dass Sie automatisch an die Einbindung von OnCoPaTh in die Versorgung sowie an die Verwendung der KAM-Datenbank in der regulären Versorgung denken.	☐ Ein Tag ☐ Zwei Tage bis eine Woche ☐ Zwei bis vier Wochen ☐ Länger als vier Wochen
4	War die Durchführung der OnCoPaTh Versorgung in dieser Zeit für Sie zeitaufwendiger als nach der Eingewöhnung?	☐ Ja → *weiter mit Frage 5* ☐ Nein → *weiter mit Frage 6*
5	Wenn ja, was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **während** der Eingewöhnungszeit gehabt?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ 16 bis 20 Minuten ☐ Über 21 Minuten
6	Was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **nach** der Eingewöhnungszeit gehabt?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ 16 bis 20 Minuten ☐ Über 21 Minuten
7	Was schätzen Sie, wie viel Zeit benötigen Sie durchschnittlich zum Erstellen des individuellen Gesprächsleitfadens für ein Gespräch pro Fall (im Sinne der gesamten Behandlungszeit für eine*n Patient*in)?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 16 Minuten ☐ Nicht zutreffend
8	Was schätzen Sie, wie viel Zeit benötigten Sie für zusätzliche Dokumentationen bei der OnCoPaTh-Versorgung pro Fall (im Sinne der gesamten Behandlungszeit für eine*n Patient*in)?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 16 Minuten ☐ Nicht zutreffend

Muster

Abschnitt O

Im folgenden Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:	☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐ Keine Angabe
2	In welchem Jahr sind Sie geboren?	Jahr: _____
3	Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐ Kein Schulabschluss ☐ Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule ☐ Abitur/Allgemeine Hochschulreife oder Fachabitur/Fachhochschulreife ☐ Keine Angabe
4	Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ In Elternzeit ☐ Sonstiges: _____
5	Welcher ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐ Keine abgeschlossene Berufsausbildung ☐ Lehre/Ausbildung ☐ Meister/Fachschule ☐ Fachhochschule ☐ Universität ☐ Noch in Ausbildung/Studium ☐ Andere _____
6	Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)	☐ Medizinische*r Fachangestellte*r/Arzthelfer*in ☐ Altenpflege ☐ (Gesundheits- und) Krankenpflege ☐ (Gesundheits- und) Kinderkrankenpflege ☐ Pflegehelfer*in ☐ Heilpädagogik ☐ Studium: _____ ☐ Sonstiges: _____

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

ONCO PATH

Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Fragebogen T6

OncoCoach

Muster

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen der Bergischen Universität Wuppertal:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: 2-2-60- _ _ _ _	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingaben durch:	Kontrolle durch:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie erneut Ihr Pseudonym wie in den letzten Befragungen generieren. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, miteinander verbinden und gleichzeitig Ihre Anonymität gewährleisten.

Bitte verwenden Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym wie bei der letzten Befragung. Dieses können Sie wie folgt generieren: Der Geburtsmonat und das Geburtsjahr Ihrer Mutter und zwei Buchstaben: Initialen Ihrer Mutter.

Beispiel: Ihre Mutter ist im Mai 1914 geboren; Name der Mutter Edith Müller

ID:	0	5	1	9	1	4	E	M
				Pseudonym				

Bitte Tragen Sie Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

ID:								
				Pseudonym				

Muster

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie berufliche Aspekte betreffen. Hierbei geht es teilweise um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen aber ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie zutrifft.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollten mehrere Kästchen angekreuzt werden können, gibt es einen Hinweis dazu.

Wie ausfüllen?	stimme gar **nicht** zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme **voll** und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	☐	☐	☒	☐	☐
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	☐	☐	☐	■	☒

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen sowie Ihr zuvor generiertes Pseudonym:

						2	0	2	4						
Tag		Monat		Jahr											

ID: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pseudonym | | | | | | | | | | | | | | | |

Abschnitt A

Im folgenden Abschnitt geht es um Aussagen, die sich auf die **Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine Umsetzung des OncoCoachings sowie der frühen palliativen Begleitung** beziehen.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	**Im Hinblick auf die Versorgung von onkologischen Patient*innen…**	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
1.01	...wird in unserer Einrichtung eine Betreuung durch eine geschulte Fachkraft wie den OncoCoach angestrebt.	☐	☐	☐	☐
1.02	...wird in unserer Einrichtung eine frühe palliative Begleitung angestrebt.	☐	☐	☐	☐
1.03	…wird die Einbindung der Angehörigen in die Coaching-Gespräche angestrebt.	☐	☐	☐	☐
1.04	...ist in unserer Einrichtung ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen (z.B. Ärzt*innen, Pflegefachkräfte und OncoCoach) gegeben.	☐	☐	☐	☐
2	**Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Einrichtung zustimmen.**	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
2.01	In unserer Einrichtung werden die Mitarbeitenden dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	☐	☐	☐	☐
2.02	In unserer Einrichtung werden die Ideen der Mitarbeitenden aufgegriffen.	☐	☐	☐	☐
2.03	In unserer Einrichtung ist man offen gegenüber innovativen Ideen.	☐	☐	☐	☐
2.04	Mir stehen die zeitlichen Ressourcen für die Durchführung des OncoCoachings zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
2.05	Mir stehen die räumlichen Ressourcen für das OncoCoaching zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
2.06	Es gibt eine schriftliche Vereinbarung zwischen meiner*meinem Vorgesetzten und mir, die meine Tätigkeit als OncoCoach regelt.	☐	☐	☐	☐
2.07	In unserer Einrichtung sind die notwendigen Rahmenbedingungen für das OncoCoaching (z.B. ausreichend Zeit, Personal, Räumlichkeiten) gegeben.	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt B

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und Interaktion mit** Ärzt*innen, Pflegefachkräften, Medizinischen Fachangestellten und weiterem **Gesundheitspersonal in Ihrem beruflichen Umfeld**. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	☐	☐	☐	☐
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen (z.B. Fachbegriffe in der Kommunikation mit Patient*innen zu vermeiden).	☐	☐	☐	☐
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	☐	☐	☐	☐
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	☐	☐	☐	☐
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	☐	☐	☐	☐
9	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	☐	☐	☐	☐
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	☐	☐	☐	☐
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	☐	☐	☐	☐
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	☐	☐	☐	☐
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	☐	☐	☐	☐
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	☐	☐	☐	☐

Muster

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
17	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐
18	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.)

Abschnitt C

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Einrichtung, Patient*innen, Angehörigen und anderen Professionen**. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	Patient*innen werden in unserer Einrichtung ausreichend (mündlich und ggf. schriftlich) über…	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1.01	...ihre Diagnose informiert.	☐	☐	☐	☐
1.02	...ihre Prognose informiert.	☐	☐	☐	☐
1.03	…ihre Symptome informiert.	☐	☐	☐	☐
1.04	…ihre Medikation informiert.	☐	☐	☐	☐
1.05	…ihre Nebenwirkungen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.06	…ihre Therapieoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.07	…weitere Behandlungstermine informiert.	☐	☐	☐	☐
1.08	…Einschränkungen und Verbote informiert.	☐	☐	☐	☐
1.09	…Behandlungsoptionen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.10	…Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.11	…spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) informiert.	☐	☐	☐	☐
1.12	… das Angebot einer frühen palliativen Betreuung und Begleitung im Sinne der OnCoPaTh-Studie (einer konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP).	☐	☐	☐	☐
1.13	…Pflegeeinrichtungen informiert.	☐	☐	☐	☐
1.14	…Ernährungsempfehlungen informiert.	☐	☐	☐	☐
2	**Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:**	**Ich stimme voll und ganz zu**	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
2.01	Angehörige erhalten alle relevanten Informationen in Bezug auf die Erkrankung und zur Betreuung der Patient*innen (z.B. Informationsmaterial zu Diagnose und Prognose, Therapieoptionen, Betreuungsangebote und Beratungsstellen).	☐	☐	☐	☐

Muster

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
2.02	Professionen, die an der Versorgung der Patient*innen beteiligt sind, erhalten alle relevanten Informationen zur weiteren Betreuung (z.B. Medikationspläne, Überleitungsinformationen).	☐	☐	☐	☐
2.03	Sofern Patient*innen palliativ versorgt werden, stehen dem ärztlichen Personal in unserer Einrichtung alle relevanten Informationen aus der palliativen Betreuung zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐
2.04	Im Rahmen meiner Tätigkeit als OncoCoach arbeite ich mit den Ärzt*innen in unserer Einrichtung Hand in Hand.	☐	☐	☐	☐
2.05	Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der Überleitung der Patient*innen?	☐ Nein → *weiter mit Frage 3* ☐ Ja			
2.05a		Wenn ja, welche? _____ _____ _____ _____			

3	**Wie zufrieden sind Sie mit der <u>Kommunikation</u> zwischen Ihnen und...**	Nicht zutreffend	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
3.01	…dem ärztlichen Personal Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
3.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
3.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
3.04	…Hausärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
3.05	…anderen Fachärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
3.06	… Pflegefachpersonen der ambulanten palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
3.07	… Pflegefachpersonen der stationären palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
3.08	… Fachkräften aus dem psychosozialen Fachbereich?	☐	☐	☐	☐	☐

4	**Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der <u>Zusammenarbeit</u> zwischen Ihnen und...**	Nicht zutreffend	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
4.01	…dem ärztlichen Personal Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
4.02	…dem ärztlichen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
4.03	…dem pflegerischen Krankenhauspersonal?	☐	☐	☐	☐	☐
4.04	…Hausärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
4.05	…anderen Fachärzt*innen?	☐	☐	☐	☐	☐
4.06	… Pflegefachpersonen der ambulanten palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
4.07	… Pflegefachpersonen der stationären palliativen Versorgung?	☐	☐	☐	☐	☐
4.08	… Fachkräften aus dem psychosozialen Fachbereich?	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

5	Sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten in der weiteren Kommunikation oder Zusammenarbeit?	☐ Nein → *weiter mit Frage 6* ☐ Ja
5.01		Wenn ja, welche? _____ _____ _____
6	Haben Sie eine konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP) als konkrete*n Ansprechpartner*in?	☐ Nein → *weiter mit Frage 8* ☐ Ja
7	Wie hat sich die Zusammenarbeit mit den konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkräften (KoPPs) über die Projektlaufzeit verändert?	☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Unverändert → *weiter mit Frage 8*
7.01	Die Zusammenarbeit mit den KoPPs hat sich wie folgt verändert: _____ _____	
8	Wie hat sich Ihre Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal in Ihrer Einrichtung über die Projektlaufzeit verändert?	☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Unverändert

Muster

Abschnitt D

Im folgenden Abschnitt bitten wir Sie um eine Einschätzung zu Ihrem **Umgang mit Herausforderungen im Alltag**.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	☐	☐	☐	☐
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*, Berlin.)

Abschnitt E

Im folgenden Abschnitt möchten wir erfahren, wie Sie Ihr **Wissen, Ihre Kenntnisse und Erfahrungen rund um das Thema „onkologische Versorgung und Beratung“** einschätzen.

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1	**Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen zu den folgenden Punkten ein:**	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1.01	Ich kenne mich mit der Versorgung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.02	Ich kenne mich mit dem Thema „onkologische Therapien“ (subkutan, oral, multimodal, immunonkologisch) aus.	☐	☐	☐	☐
1.03	Ich kenne mich mit der Beratung von onkologischen Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.04	Ich kenne mich mit den Angeboten zur Selbsthilfe für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.05	Ich kenne mich mit den Angeboten der palliativen Pflege für onkologische Patient*innen aus.	☐	☐	☐	☐
1.06	Ich kenne den Unterschied zwischen einer frühen palliativen Betreuung und der allgemeinen bzw. spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV).	☐	☐	☐	☐
2	**Ich fühle mich kompetent darin, …**				
2.01	…ein Coaching-Gespräch angemessen vorzubereiten (d.h. Rahmenbedingungen herzustellen und wichtige Informationen zu sammeln).	☐	☐	☐	☐
2.02	…Informationen zu Medikamenten über zuverlässige Quellen zu finden.	☐	☐	☐	☐
2.03	…die Bedürfnisse der onkologischen Patient*innen einzuschätzen.	☐	☐	☐	☐
2.04	…onkologische Patient*innen über ihre Behandlungsoptionen/ihre Therapie zu informieren.	☐	☐	☐	☐
2.05	…Patient*innen mit psychoonkologischen Belastungen zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐
2.06	…gemeinsam mit Ärzt*innen ein OncoCoaching und eine frühe palliative Begleitung in unserer Einrichtung zu implementieren.	☐	☐	☐	☐
2.07	…onkologische Patient*innen über das Angebot und die Vorteile einer frühen palliativen Betreuung zu informieren.	☐	☐	☐	☐
2.08	…Widerstände oder Bedenken zur frühen palliativen Betreuung seitens der Patient*innen zu identifizieren und darauf einzugehen.	☐	☐	☐	☐
2.09	…die Angehörigen in das OncoCoaching einzubeziehen.	☐	☐	☐	☐
2.10	…die Beratung der Patient*innen gemeinsam mit den Ärzt*innen zu gestalten.	☐	☐	☐	☐

Muster

3	Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
3.01	Ich möchte Patient*innen hinsichtlich ihrer Behandlungsoptionen beraten.	☐	☐	☐	☐
3.02	Durch die Beratung kann ich den ungedeckten Unterstützungsbedarf der Patient*innen senken.	☐	☐	☐	☐
3.03	Ich nehme eine wichtige Rolle in der Beratung und Unterstützung von onkologischen Patient*innen ein.	☐	☐	☐	☐
3.04	Für Probleme, die im Beratungsgespräch (OncoCoaching) entstehen können, kann ich eine geeignete Lösung finden.	☐	☐	☐	☐
3.05	Bei überraschenden Ereignissen im Beratungsgespräch (OncoCoaching) glaube ich, dass ich gut mit diesen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
3.06	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, das Beratungsgespräch (OncoCoaching) positiv zu Ende zu führen.	☐	☐	☐	☐
3.07	Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Patient*innen ausreichend Anerkennung für meine Arbeit mit Krebspatient*innen bekomme.	☐	☐	☐	☐

Muster

Abschnitt F

Im folgenden Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Tätigkeit und Ihrem Arbeitsalltag.**

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an.

1	Haben Sie feste Zeiten für eine OncoCoach-Sprechstunde eingerichtet?	☐ Ja ☐ Nein			
2	Nutzen Sie für die Beratungsgespräche mit onkologischen Patient*innen (OncoCoaching) einen separaten Raum?	☐ Ja ☐ Nein			
3	Wie viele Coaching-Gespräche haben Sie in der letzten Woche durchgeführt?	**0** ☐	**1-5** ☐	**6-10** ☐	**mehr als 11** ☐

Denken Sie bitte an die Tätigkeiten, die Sie bei Ihrer Arbeit tagtäglich ausführen. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Tätigkeiten?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

4	Meine Tätigkeiten…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
4.01	…sind ziemlich uninteressant.	☐	☐	☐	☐	☐
4.02	…sind spannend.	☐	☐	☐	☐	☐
4.03	…fordern mich.	☐	☐	☐	☐	☐
4.04	…langweilen mich.	☐	☐	☐	☐	☐
4.05	…gefallen mir.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an die Kolleg*innen, mit denen Sie regelmäßig zusammenarbeiten. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Arbeitskolleg*innen?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

5	Meine Arbeitskolleg*innen sind…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
5.01	…zerstritten.	☐	☐	☐	☐	☐
5.02	…sympathisch.	☐	☐	☐	☐	☐
5.03	…kollegial.	☐	☐	☐	☐	☐
5.04	…angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
5.05	…frustrierend.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an Ihre aktuellen Möglichkeiten, sich im Job weiterzuentwickeln, aufzusteigen und verantwortungsvollere Aufgaben zu übernehmen. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an**.**

6	Meine Entwicklungsmöglichkeiten…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
6.01	…sind gut.	☐	☐	☐	☐	☐
6.02	…sind ziemlich eingeschränkt.	☐	☐	☐	☐	☐
6.03	…sind angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐
6.04	…existieren kaum.	☐	☐	☐	☐	☐
6.05	…sind leistungsgerecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie nun bitte an Ihre aktuelle Bezahlung inklusive aller Zuschläge und Zuschüsse. Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Bezahlung?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

7	Meine Bezahlung…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
7.01	…ist fair.	☐	☐	☐	☐	☐
7.02	…ist ungerecht.	☐	☐	☐	☐	☐
7.03	…ist zufriedenstellend.	☐	☐	☐	☐	☐
7.04	…ist unangemessen.	☐	☐	☐	☐	☐
7.05	…ist schlecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bitte an Ihre*n direkte*n Vorgesetzte*n (der*die Ihnen Anweisungen gibt und Ihre Arbeit kontrollieren kann). Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen Ihre*n Vorgesetzte*n?
Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

8	Mein*e direkte*r Vorgesetzte*r…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
8.01	…ist rücksichtsvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
8.02	…ist fair.	☐	☐	☐	☐	☐
8.03	…ist unbeliebt.	☐	☐	☐	☐	☐
8.04	…ist vertrauenswürdig.	☐	☐	☐	☐	☐
8.05	…ist ungerecht.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren aktuellen Job im Allgemeinen. Wie gut beschreiben diese Aussagen Ihren Job?

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

9	Alles in allem ist mein Job…	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
9.01	…gut.	☐	☐	☐	☐	☐
9.02	…zufriedenstellend.	☐	☐	☐	☐	☐
9.03	…dürftig.	☐	☐	☐	☐	☐
9.04	…angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
9.05	…niemandem zu wünschen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Haarhaus, B. (2015): Entwicklung und Validierung eines Kurzfragebogens zur Erfassung von allgemeiner und facetten-spezifischer Arbeitszufriedenheit, *Diagnostica* 62 (2): 61-73.)

Denken Sie bitte an Ihre (zukünftige) Tätigkeit als OncoCoach. Wie zutreffend sind die folgenden Aussagen?

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

10	Meine Tätigkeit als OncoCoach	stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teilweise	stimmt ziemlich	stimmt völlig
10.01	… wirkt sich positiv auf meine Zufriedenheit mit meinem Job aus.	☐	☐	☐	☐	☐
10.02	…wirkt sich negativ auf die Zusammenarbeit mit meinen Kolleg*innen aus.	☐	☐	☐	☐	☐
10.03	…wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal in unserer Einrichtung aus.	☐	☐	☐	☐	☐
10.04	…führt zu einer höheren Belastung in meinem Arbeitsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
10.05	…führt bei meinen Kolleg*innen zu einer höheren Belastung im Arbeitsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
10.06	…wird durch das ärztliche Personal in unserer Einrichtung unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Arbeitsklima in Ihrer Einrichtung.

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an.

11	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
11.01	In unserer Einrichtung herrscht Einigkeit und Einverständnis.	☐	☐	☐	☐
11.02	In unserer Einrichtung haben wir Vertrauen zueinander.	☐	☐	☐	☐
11.03	In unserer Einrichtung gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.	☐	☐	☐	☐
11.04	In unserer Einrichtung ist das Betriebsklima gut.	☐	☐	☐	☐
11.05	In unserer Einrichtung ist die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, groß.	☐	☐	☐	☐
11.06	In unserer Einrichtung vertreten wir viele Werte gemeinsam.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Ansmann, L., Hower, K. I., Wirtz, M. A. et al. (2020): Measuring social capital of healthcare organizations reported by employees for creating positive workplaces – validation of the SOCAPO-E instrument, *BMC Health Services Research* 20: 272.)

Muster

Abschnitt G

Im folgenden Abschnitt geht es um **Gesundheitskompetenz** als Thema in Ihrer Einrichtung. Patient*innen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. **Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen**.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Maßnahmen in Ihrer Einrichtung, welche die Gesundheitskompetenz der Patient*innen in Ihrer Einrichtung berücksichtigen und fördern.

Bitte denken Sie an Ihre Einrichtung und **kreuzen Sie an**. Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht“, der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

	In welchem Maße…	**Über-haupt nicht**			**Teils/ teils**			**In sehr großem Maße**
		1	2	3	4	5	6	7
1	…widmet sich die Leitung Ihrer Einrichtung explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Leitbild, Personalplanung)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	…wird das Thema Gesundheits-kompetenz in Ihrer Einrichtung in Maßnahmen des Qualitäts-managements berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	…werden Gesundheitsinforma-tionen in Ihrer Einrichtung unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	…werden in Ihrer Einrichtung individualisierte Gesundheits-informationen eingesetzt (z.B. verschiedene Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	…gibt es in Ihrer Einrichtung Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z.B. Übersetzer*in, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	…wird in Ihrer Einrichtung Mühe darauf verwendet, dass sich Patient*innen problemlos zurechtfinden (z.B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	…werden in Ihrer Einrichtung Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereitgestellt (z.B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	In welchem Maße…	Über-haupt nicht			Teils/ teils			In sehr großem Maße
		1	2	3	4	5	6	7
8	…wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z.B. Medikamenteneinnahme, OP-Einwilligung) wirklich alles verstanden haben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	…kommunizieren Sie in Ihrer Einrichtung den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten er oder sie selbst an der Behandlung zu tragen hat (z.B. Zuzahlungen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	…werden in Ihrer Einrichtung die Mitarbeitenden zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Kowalski C., Lee S.-Y.D., Schmidt A. et al. (2015): The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation, *BMC Health Services Research* 15: 47.)

Muster

Abschnitt H

Die folgenden Aussagen betreffen **Ihre Einstellung bezüglich der Veränderung, die durch die Einführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in ihrem Arbeitsumfeld** stattfand. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, um Ihre Gedanken, Gefühle und Absichten bezüglich der Veränderung auszudrücken.

Bitte kreuzen Sie je Aussage das aus Ihrer Sicht zutreffende Kästchen an

	Wie schätzen Sie folgende Fragen und Aussagen ein:	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1	Ich glaubte es ist gut, dass eine Veränderung stattfindet.	☐	☐	☐	☐
2	Ich war dafür offen, die Veränderung zu erwägen und auszuprobieren.	☐	☐	☐	☐
3	Ich war der Meinung, dass die Veränderung der Abteilung zugutekommt.	☐	☐	☐	☐
4	Ich hatte Angst vor der Veränderung.	☐	☐	☐	☐
5	Ich hatte ein schlechtes Gefühl bei der Veränderung.	☐	☐	☐	☐
6	Ich neigte dazu, die Veränderung abzulehnen.	☐	☐	☐	☐
7	Ich protestierte gegen die Veränderung.	☐	☐	☐	☐
8	Ich beschwerte mich bei Freunden über die Veränderung.	☐	☐	☐	☐
9	Ich äußerte meine Bedenken über die Veränderung gegenüber Mitgliedern des Managements.	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Hower, K. I., Pfaff, H., Kowalski, C. et al. (2019): Measuring change attitudes in health care organizations: Psychometric evaluation of the “Change Attitude Scale”, *Journal of Health Organization and Management* 33 (3): 266-285.)

Abschnitt I
Im folgenden Abschnitt möchten wir gerne erfahren, **inwiefern** in Ihrer Einrichtung bzw. von Ihnen **die Elemente der neuen Versorgungsform bzw. Studie OnCoPaTh genutzt** wurden.

Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffenden Kästchen an.

		Rückblickend wurden in unserer Einrichtung die folgenden Elemente der neuen Versorgungsform OnCoPaTh umgesetzt bzw. in Anspruch genommen…
1	☐	Beratungsgespräche mit Patient*innen (OncoCoaching)
2	☐	Hinzuziehen einer konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP)
3	☐	Konsil und Austausch mit dem*der zuständigen Onkolog*in
4	☐	Konsil und Austausch mit dem*der konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP)
5	☐	Ein verstärkter interdisziplinärer Austausch im Behandlerteam (OncoCoach, Onkolog*in, ggf. konsiliarisch tätige Palliativpflegefachkraft (KoPP) und weitere Behandler)
6	☐	Dokumentation im elektronischen Case Report Form (eCRF)
7	☐	Logbuch zur Dokumentation des OncoCoachings (Gespräche zw. Ihnen und dem*der Patient*in, Austausche von Ihnen und dem*der Onkolog*in, Austausche von Ihnen und dem*der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP))
8	☐	Gesprächsleitfaden für die OncoCoaching-Gespräche
9	☐	Teilnahme an den Review-Meetings zum Projektverlauf in unserer Einrichtung
10	☐	Sonstiges Element der neuen Versorgungsform OnCoPaTh: _____

Planen Sie die neue Versorgungsform OnCoPaTh nach offiziellem Studienende (31.03.2024) fortzusetzen?	☐	Nein → *weiter mit Abschnitt N*
	☐	Ja → *weiter mit Abschnitt J*

Muster

Abschnitt J

Im folgenden Abschnitt sind Fragen aufgeführt, welche die **Einführung und Anwendung der neuen Versorgungsform bzw. Studie OnCoPaTh** betreffen.

Bitte setzen Sie bei den ersten drei Fragen bei der für Sie zutreffenden Ausprägung (1-10) **ein Kreuz auf der Linie**.

Anschließend **kreuzen Sie bitte** bei den darauffolgenden Aussagen zu OnCoPaTh **an**, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.
Einige Fragen können Sie vielleicht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig beantworten oder sind sich noch unschlüssig. Kreuzen Sie in diesem Fall bitte “nicht zutreffend” an.

Wie vertraut fühlt sich OnCoPaTh für Sie an?

Fühlt sich noch sehr neu an — **Fühlt sich vollkommen vertraut an**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Betrachten Sie OnCoPaTh momentan als einen gewohnten Bestandteil Ihrer Arbeit?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Können Sie sich vorstellen, dass OnCoPaTh ein gewohnter Bestandteil Ihrer Arbeit werden wird?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	**Stimme überhaupt nicht zu**		**weder noch**		**Stimme voll und ganz zu**	**Nicht zutreffend**
1	Ich kann nachvollziehen, inwiefern sich OnCoPaTh von üblichen Arbeitsweisen unterscheidet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die Mitarbeitenden dieser Organisation haben ein gemeinsames Verständnis vom Zweck von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich verstehe, wie OnCoPaTh meine Arbeitsweise beeinflusst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich erkenne den potenziellen Wert von OnCoPaTh für meine Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Es gibt Schlüsselpersonen, welche die Anwendung von OnCoPaTh vorantreiben und andere Personen einbeziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

	Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme über-haupt nicht zu		weder noch		Stimme voll und ganz zu	Nicht zutref-fend
6	Ich finde, dass meine Beteiligung an OnCoPaTh ein legitimer Teil meiner Rolle ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ich bin offen für neue Arten der Zusammenarbeit bei der Anwendung von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ich werde OnCoPaTh weiterhin unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ich kann OnCoPaTh leicht in meine bestehende Arbeit integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	OnCoPaTh wirkt sich negativ auf Arbeitsbeziehungen aus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ich habe Vertrauen in die Fähigkeit anderer, OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Die Tätigkeiten werden Personen zugewiesen, welche über geeignete Kompetenzen verfügen, OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Es werden ausreichend Schulungen angeboten, damit Mitarbeitende OnCoPaTh anwenden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Es sind ausreichend Ressourcen zur Anwendung von OnCoPaTh verfügbar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Die Führungskräfte unterstützen OnCoPaTh angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Mir sind Berichte über die Auswirkung von OnCoPaTh bekannt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Die Mitarbeitenden sind sich einig, dass OnCoPaTh lohnenswert ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Ich schätze die Auswirkungen von OnCoPaTh auf meine Tätigkeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	Rückmeldungen zu OnCoPaTh können für zukünftige Verbesserungen genutzt werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	Ich kann anpassen, wie ich mit OnCoPaTh arbeite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Freund, J., Piotrowski, A., Bührmann, L., Oehler, C., Titzler., I., Netter, A., Pothoff, S., Ebert, D. D., Finch, T., Köberlein-Neu, J., Etzelmüller, A. (2023). Validation of the German Normalization Process Theory Measure G-NoMAD: Translation, Adaptation, and Pilot Testing.)

Muster

Abschnitt K

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Einschätzung des Engagements der Führungspersonen Ihrer Einrichtung** (damit sind alle Personen gemeint, die die Einführung von OnCoPaTh mit verantworten).
„**Fortführung**“ (der neuen Versorgungsform OnCoPaTh) bezieht sich auf die Zeit **nach Ende der Studienphase** (31.03.2024).
Bitte bewerten Sie, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Die Führungskräfte…	**Stimme über-haupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
1	… haben einen Plan entwickelt, um die Fortführung von OnCoPaTh zu vereinfachen.	☐	☐	☐	☐	☐
2	… haben Hindernisse beseitigt, die der Fortführung von OnCoPaTh im Wege standen.	☐	☐	☐	☐	☐
3	… haben Standardverfahren für die Einrichtung zur Fortführung von OnCoPaTh festgelegt.	☐	☐	☐	☐	☐
4	… wissen, wovon Sie reden, wenn es um OnCoPaTh geht.	☐	☐	☐	☐	☐
5	… kennen sich mit OnCoPaTh aus.	☐	☐	☐	☐	☐
6	… können Fragen der Mitarbeitenden zu OnCoPaTh beantworten.	☐	☐	☐	☐	☐
7	… unterstützen die Bemühungen der Mitarbeitenden OnCoPaTh anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
8	… unterstützen Bemühungen der Mitarbeitenden mehr über OnCoPaTh zu erfahren.	☐	☐	☐	☐	☐
9	… erkennen und würdigen den Einsatz der Mitarbeitenden für die erfolgreiche Fortführung von OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐
10	… verfolgen die Fortführung von OnCoPaTh konsequent durch Höhen und Tiefen.	☐	☐	☐	☐	☐
11	… bleiben trotz aller Herausforderungen bei der Fortführung von OnCoPaTh am Ball.	☐	☐	☐	☐	☐
12	… reagieren auf kritische Punkte im Zusammenhang mit der Fortführung von OnCoPaTh, indem sie Probleme offen und effektiv angehen.	☐	☐	☐	☐	☐

(Quelle: Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Green, A. E. et al. (2018): Leading for the long haul: a mixed-method evaluation of the Sustainment Leadership Scale (SLS), *Implementation Science* 13: 17.)

Muster

Abschnitt L

Im folgenden Abschnitt geht es um die **neue Versorgungsform OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung**.
Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

1		**Stimme über-haupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
1.01	Das Personal nutzt OnCoPaTh so oft wie möglich, wenn es sich anbietet.	☐	☐	☐	☐	☐

		Stimme über-haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
1.02	Das Personal nutzt OnCoPaTh auch unter sich ändernden Bedingungen (bspw. Personalwechsel, Umzug der Einrichtung) weiter.	☐	☐	☐	☐	☐
1.03	OnCoPaTh ist ein fester Bestandteil der Routine im Versorgungsalltag.	☐	☐	☐	☐	☐
2	**Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**	**Stimme über-haupt nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Teils teils**	**Stimme eher zu**	**Stimme voll und ganz zu**
2.01	Das Projekt OnCoPaTh wird wie zu Projektbeginn vorgesehen, in unserer Einrichtung umgesetzt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.02	Das Projekt OnCoPaTh adressiert die Bedürfnisse der vorgesehenen Zielgruppe von Krebspatient*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
2.03	Das Projekt OnCoPaTh kann entsprechend den Bedürfnissen der vorgesehenen Zielgruppe von Krebspatient*innen angepasst werden.	☐	☐	☐	☐	☐
2.04	Das Projekt OnCoPaTh steht im Einklang mit den Normen, Werten und Leitprinzipien unserer Einrichtung.	☐	☐	☐	☐	☐
2.05	Das Personal unserer Einrichtung setzt sich mit großem Engagement für die Fortführung des Projektes bzw. der neuen Versorgungsform OnCoPaTh ein.	☐	☐	☐	☐	☐
2.06	Das Projekt OnCoPaTh wird in unserer Einrichtung von einem Netzwerk an kooperierenden Partner*innen (bspw. Konsortialführung, andere Fachabteilungen/Häuser/ Zentren, Palliativversorgung) unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.07	Das Personal unserer Einrichtung bemüht sich aktiv um die Erweiterung des (Kooperations-)Netzwerks und um weitere Unterstützungsmöglichkeiten für das Projekt OnCoPaTh.	☐	☐	☐	☐	☐
2.08	Alle beteiligten Personen des Kooperationsnetzwerkes setzen sich aktiv für die Fortführung des Projektes OnCoPaTh nach offiziellem Projektende ein.	☐	☐	☐	☐	☐
2.09	In unserer Einrichtung existiert ein hohes Maß an Vernetzung und Kommunikation, welche für die Fortführung des Projektes OnCoPaTh maßgeblich sind.	☐	☐	☐	☐	☐
2.10	Das Projekt OnCoPaTh ist fest in den Arbeitsalltag unserer Einrichtung integriert.	☐	☐	☐	☐	☐
2.11	Es wurden bereits Pläne für die Fortführung des Projektes bzw. der neuen Versorgungsform OnCoPaTh nach offiziellem Studienende (31.03.2024) entwickelt.	☐	☐	☐	☐	☐
2.12	Das Projekt OnCoPaTh liefert deutliche Hinweise auf positive Ergebnisse z.B. auf Seiten der Patient*innen, in unseren Arbeitsabläufen, für mich persönlich oder für die Weiterentwicklung unserer Einrichtung im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐
2.12a	Besonders positiv waren für mich folgende Veränderungen: _____ _____ _____					

(Quellen: Moullin, J. C., Sklar, M., Ehrhart, M. G. et al. (2021): Provider REport of Sustainment Scale (PRESS): development and validation of a brief measure of inner context sustainment, *Implementation Science* 16 (1): 86. Und Palinkas, L. A., Chou, C.-P., Spear, S. E. (2020): Measurement of sustainment of prevention programs and initiatives: the sustainment measurement system scale, *Implementation Science* 15 (1): 71.)

Muster

Abschnitt M

Im folgenden Abschnitt geht es um die notwendigen **Ressourcen bzw. Anpassungen für die Fortführung** der neuen Versorgungsform **OnCoPaTh** nach Ende der Studienphase (31.03.2024) in Ihrer Einrichtung.

Bitte kreuzen Sie an.

		Für eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh in unserer Einrichtung bedarf es…
1	☐	… keiner weiteren Ressourcen und Anpassungen → *weiter mit Abschnitt N*
2	☐	… weiterer Ressourcen und Anpassungen (Mehrfachantwort möglich):
2.01	☐	Zeit
2.02	☐	Personal
2.03	☐	Finanzielle Mittel
2.04	☐	Infrastruktur (bspw. Räumlichkeiten, digitale Ausstattung)
2.05	☐	Training und Fortbildung des Personals hinsichtlich der neuen Versorgungsform
2.06	☐	Anpassungen der fachlichen Ausrichtung unserer Einrichtung
2.07	☐	Integration der neuen Versorgungsform in die Geschäftsprozesse unserer Einrichtung
2.08	☐	Einführung neuer Regelungen in unserer Einrichtung
2.09	☐	Inhaltliche Anpassungen an der neuen Versorgungsform
2.10	☐	Schlüsselpersonen, welche das Team zur weiteren Nutzung der neuen Versorgungsform motivieren
2.11	☐	Fortlaufende Unterstützung bei der Umsetzung von OnCoPaTh im Versorgungsalltag
2.12	☐	Kooperation und Zusammenarbeit mit Partner*innen (bspw. palliative Versorger, Psycho(-onkol-)log*in, Ernährungsberatung, ...)
2.13	☐	Längerfristige Planung
2.14	☐	Sonstiges: _____

Muster

Abschnitt N

Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Einschätzung des zeitlichen Aufwands** im Rahmen des OnCoPaTh-Projektes und der damit verbundenen Versorgung der Patient*innen.

Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an.

1	Was schätzen Sie, wie viel Zeit haben Sie am Anfang für die Vorbereitung auf OnCoPaTh verbracht, zum Beispiel für das Einrichten eines Internetzugangs, Einrichten des Raumes etc.? Hier geht es um die Zeit, um OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung sozusagen in Betrieb zu nehmen.	☐ Unter 10 Minuten ☐ 11 bis 30 Minuten ☐ 31 bis 60 Minuten ☐ 1 bis 2 Stunden ☐ Über 2 Stunden ☐ Nicht zutreffend

2	War die Durchführung der OnCoPaTh Versorgung in der Zeit der Eingewöhnung für Sie zeitaufwendiger als nach der Eingewöhnung? In diesem Falle meint gewöhnt, dass Sie automatisch an die Einbindung von OnCoPaTh in die reguläre Versorgung denken.	☐ Ja → *weiter mit Frage 3* ☐ Nein → *weiter mit Frage 4*
3	Wenn ja, was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **während** der Eingewöhnungszeit gehabt?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ 16 bis 20 Minuten ☐ Über 21 Minuten
4	Was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **nach** der Eingewöhnungszeit gehabt?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ 16 bis 20 Minuten ☐ Über 21 Minuten
5	Was schätzen Sie, wie viel Zeit benötigen Sie durchschnittlich zum Erstellen des individuellen Gesprächsleitfadens für ein Gespräch pro Fall (im Sinne der gesamten Behandlungszeit für eine*n Patient*in)?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 16 Minuten ☐ Nicht zutreffend
6	Was schätzen Sie, wie viel Zeit benötigten Sie für zusätzliche Dokumentationen bei der OnCoPaTh-Versorgung pro Fall (im Sinne der gesamten Behandlungszeit für eine*n Patient*in)?	☐ Unter 5 Minuten ☐ 5 bis 10 Minuten ☐ 11 bis 15 Minuten ☐ Über 16 Minuten ☐ Nicht zutreffend

Muster

Abschnitt O

Im folgenden Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:	☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐ Keine Angabe
2	In welchem Jahr sind Sie geboren?	Jahr: _____

3	Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐ Kein Schulabschluss ☐ Sonder-/Förderschule ☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife/Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule ☐ Abitur/Allgemeine Hochschulreife oder Fachabitur/Fachhochschulreife ☐ Keine Angabe
4	Wie ist Ihr derzeitiger Beschäftigungsstatus?	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ In Elternzeit ☐ Sonstiges: _____
5	Welcher ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐ Keine abgeschlossene Berufsausbildung ☐ Lehre/Ausbildung ☐ Meister/Fachschule ☐ Fachhochschule ☐ Universität ☐ Noch in Ausbildung/Studium ☐ Andere _____
6	Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)	☐ Medizinische*r Fachangestellte*r/Arzthelfer*in ☐ Altenpflege ☐ (Gesundheits- und) Krankenpflege ☐ (Gesundheits- und) Kinderkrankenpflege ☐ Pflegehelfer*in ☐ Heilpädagogik ☐ Studium: _____ ☐ Sonstiges: _____

Muster

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Muster

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen (KoPP)

Fragebogen T6-Erhebung

Interventionsgruppe

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: «IG»	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

Gefördert durch:







Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym**, welches Sie in den vergangenen Befragung generiert haben, in das folgende vorgesehene Feld eintragen.. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.
Falls Sie für die letzten Befragungen bereits ein Pseudonym generiert haben, tragen Sie bitte dieses Pseudonym in den dafür vorgesehenen Feldern dieses Fragebogens ein.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird:

➔ Der **Geburtsmonat** und das **Geburtsjahr** Ihrer Mutter sowie die **Initialen** Ihrer Mutter.

Beispiel: **Ihre Mutter** ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller.**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Bitte tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen, ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie stimmig ist.
- Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollte eine Mehrfachantwort möglich sein, wird explizit („Mehrfachantworten möglich!“) darauf hingewiesen.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

Wie füllen Sie den Fragebogen aus?	**trifft nicht zu**	**trifft wenig zu**	**trifft ziemlich zu**	**trifft zu**
1 So kreuzen Sie richtig an.	○		○	○
2 Falls Sie Ihre Meinung ändern möchten.			○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, können Sie sich gerne an die zuständige Mitarbeiterin wenden:

Lisa Blattert (M.Sc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefon: 0221 - 933 19 19 18
E-Mail: blattert@winho.de

WINHO – Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen, sowie Ihr generiertes Pseudonym.

				2	0	2	4								
Tag		Monat		Jahr				Pseudonym							

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **primär** tätig sind. (Mehrfachantworten möglich!)	○ 1	SAPV-Team
	○ 2	Hospizdienst
	○ 3	Ambulanter Pflegedienst
	○ 4	Krankenhaus
	○ 5	Palliativstation im Krankenhaus
	○ 6	Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..…….. ……

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass es in diesem Fragenbogen um **Ihre Einschätzung, Ihre Erfahrung und Ihr Wissen** in Bezug auf Ihre Tätigkeit als **konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP)** im Rahmen von **OnCoPaTh** geht.

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Krebspatient*innen, ihren Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Krebspatient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1	**Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/Versorgung der **Krebspatient*innen** einbezogen? (Mehrfachantworten möglich!)	○ 1	Patient*in selbst
		○ 2	Angehörige
		○ 3	Hausärztliche Praxis
		○ 4	Hämato-onkologische Praxis
		○ 5	Krankenhaus
		○ 6	Pflegeheim
		○ 7	Sozialdienst
		○ 8	Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……

2	Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit im Projekt OnCoPaTh hinzugezogen werden?	○ 1	Zu früh
		○ 2	Genau richtig
		○ 3	Zu spät
		○ 4	Unterschiedlich, abhängig von: …… ……

3	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5 Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die **Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen**?
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Brief (schriftlich) 1	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch) 2	**Fax** 3	**E-Mail** 4	**Durch Patient*in** 5	**Keine Weitergabe** (durch Versorger*in) 6	**Sonstiges (z. B. App)** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Krebspatient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer** 1	**Meistens** 2	**Manchmal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

7 Wenn Sie **keine Informationen über Krebspatient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?

……

……

8 Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem/den…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Immer 1	**Meistens** 2	**Manch-mal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9 Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/Arztbriefen** ergänzt werden sollten?

- ○1 Nein
- ○2 Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……...
  ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung / den Kontakt mit Krebspatient*innen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Papierform
- ○2 Computer
- ○3 Tablet/Handy
- ○4 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……..…...
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-tionsplan** (Schmerz-mittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**Keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Weitere Fachärzt*innen	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**? ……
……

12	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** (z. B. einen „runden Tisch“) mit Ihnen und den **Versorger*innen** über gemeinsame Krebspatient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			In welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen in **Ihrer Organisation**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			In welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen mit der*dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			In welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **<u>Kommunikation</u>** zwischen **Ihnen** und der*dem*den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der **Überleitung** der Krebspatient*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..…….. …… ……

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren **Zusammenarbeit** mit den Versorger*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..…….. …… ……

19	Haben Sie das Gefühl, dass sich das Projekt OnCoPaTh positiv auf Ihre Zusammenarbeit mit der **onkologischen Einrichtung** auswirkt?		
		○$_1$	Ja
		○$_2$	Nein

20	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme voll und ganz zu** 1	**Stimme zu** 2	**Teils/ teils** 3	**Stimme nicht zu** 4	**Stimme überhaupt nicht zu** 5
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.	○	○	○	○	○

21	**Wie schätzen Sie folgende Fragen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Zufrieden** 2	**Teils/ teils** 3	**Eher zufrieden** 4	**Überhaupt nicht zufrieden** 5
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?	○	○	○	○	○
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?	○	○	○	○	○

Abschnitt 2

Im folgenden Abschnitt geht es um den **zeitlichen Aufwand**, den Sie Ihrer Einschätzung nach, für **Tätigkeiten im Rahmen von OnCoPaTh** aufgebracht haben. Außerdem werden Ihnen Fragen zu Ihrer Qualifikation als KoPP gestellt.
Bitte kreuzen Sie das nach Ihrer Einschätzung Zutreffende an.

1	Was schätzen Sie, wie viel **Zeit** haben Sie durchschnittlich pro Fall (im Sinne der gesamten Behandlungszeit für eine*n Patient*in) mit der **Kommunikation** mit den **OncoCoaches** verbracht? Hier geht es um die Zeit, um OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung sozusagen in Betrieb zu nehmen.	○ 1	Unter 10 Minuten
		○ 2	11 bis 20 Minuten
		○ 3	21 bis 30 Minuten
		○ 4	31 bis 40 Minuten
		○ 5	41 bis 50 Minuten
		○ 6	51 bis 60 Minuten
		○ 7	Über 60 Minuten

2	Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich an die **OnCoPaTh Versorgung gewöhnt** haben? In diesem Falle meint gewöhnt, dass OnCoPaTh sich gut in Ihren sonstigen Arbeitsalltag einfügt.	○ 1	Einen Tag
		○ 2	Zwei Tage bis zu einer Woche
		○ 3	Zwei bis zu vier Wochen
		○ 4	Länger als vier Wochen

3	War die Durchführung der OnCoPaTh Versorgung in dieser Zeit für Sie zeitaufwendiger als nach der Eingewöhnung?	○ 1	Ja → *weiter mit Frage 4*
		○ 2	Nein → *weiter mit Frage 5*

4	Wenn ja, was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **<u>während</u>** der Eingewöhnungszeit gehabt?	○ 1	Unter 5 Minuten
		○ 2	5 bis 10 Minuten
		○ 3	11 bis 15 Minuten
		○ 4	16 bis 20 Minuten
		○ 5	Über 21 Minuten

5	Was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **<u>nach</u>** der Eingewöhnungszeit gehabt?	○ 1	Unter 5 Minuten
		○ 2	5 bis 10 Minuten
		○ 3	11 bis 15 Minuten
		○ 4	16 bis 20 Minuten
		○ 5	Über 21 Minuten

6	Was schätzen Sie, wie viel Zeit benötigen Sie durchschnittlich als Fahrzeit (Fahrzeit umfasst die komplette Reisezeit inkl. Fahrzeiten, Fußwege, Parkplatzsuche usw.) zu den Patient*innen bei der OnCoPaTh-Versorgung?	○ 1	Unter 10 Minuten
		○ 2	11 bis 20 Minuten
		○ 3	21 bis 30 Minuten
		○ 4	Über 30 Minuten

7	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Ich stimmt überhaupt nicht zu** 1	**Ich stimme eher nicht zu** 2	**Ich stimme eher zu** 3	**Ich stimme voll und ganz zu** 4
	Die Weiterbildung als KoPP hebt mich fachlich von anderen Palliativpflegefachkräften ab.	○	○	○	○
	Die Weiterbildung zum*zur KoPP ist eine Aufwertung des Pflegeberufs.	○	○	○	○
	Meine Fähigkeiten und Arbeit als KoPP werden von meinen Patient*innen stark nachgefragt.	○	○	○	○
	Die Möglichkeit des selbstständigen Arbeitens hat eine positive Auswirkung auf meinen Arbeitsalltag.	○	○	○	○

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, welche der folgenden **Elemente der neuen Versorgungsform durch Sie in Ihrer Tätigkeit als KoPP genutzt** wurden.
Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffenden Felder an.

Während meiner Tätigkeit als KoPP habe ich folgende Elemente von OnCoPaTh im Alltag genutzt, wie zu Beginn des Projektes vorgesehen…
(Mehrfachantworten möglich!)

1	○	Palliatives Pflegekonsil mit den OnCoPaTh-Studienpatient*innen
2	○	Konsil und Austausch über OnCoPaTh-Studienpatient*innen mit dem*der OncoCoach
3	○	Wissensdatenbank über Komplementäre und Alternative Medizin (KAM-Datenbank)
4	○	Dokumentationsmodul (App) zur persönlichen Dokumentation der Versorgung
5	○	Dokumentationsmodul (App) zum patientenzentrierten Austausch mit dem*der OncoCoach
6	○	Interdisziplinärer Austausch im Behandler*innen-Team (OncoCoach, KoPP, Onkolog*in und ggf. weitere Behandler*innen)
7	○	Logbuch zur Dokumentation des palliativen Pflegekonsils (Konsil und Austausch mit dem*der OncoCoach)
8	○	Teilnahme an „Meet&Greet“-Veranstaltungen für KoPPs und OncoCoaches
9	○	Sonstiges (Bitte Eintragen): …...

Abschnitt 4

Menschen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen Ihrer **Selbstorganisation**, die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Rolle als KoPP im Rahmen des **Projektes OnCoPaTh**.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	In welchem Maße…	**Überhaupt nicht** 1	2	3	**Teils/teils** 4	5	6	**In sehr großem Maße** 7
1	… widmen Sie sich in Ihrer Selbstorganisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz?	○	○	○	○	○	○	○
2	… wird das Thema Gesundheitskompetenz von Ihnen in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
3	… werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Selbstorganisation unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
4	… werden von Ihnen individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. versch. Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
5	… verfügen Sie über Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
6	… stellen Sie Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereit (z. B. DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
7	… stellen Sie sicher, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z. B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
8	… kommunizieren Sie den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten rund um die Versorgung auf sie zukommen können?	○	○	○	○	○	○	○
9	… nehmen Sie an Schulungen zum Thema Gesundheitskompetenz teil?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: In Anlehnung an: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 5

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

		Ich stimme voll und ganz zu	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
		1	2	3	4
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
9	Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
17	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 6

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zur **Implementierung und Umsetzung** des **Projektes OnCoPaTh** in Ihrer Rolle als KoPP zustimmen. Falls das **Projekt OnCoPaTh** aktuell nicht umgesetzt wird, wie wäre es im Falle der Umsetzung?

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen: (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme nicht zu** 1	**Stimme eher nicht zu** 2	**Teils teils** 3	**Stimme eher zu** 4	**Stimme zu** 5
1	Ich zeige hohes Engagement bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○
2	Ich werde tun, was auch immer nötig ist, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
3	Ich möchte das **Projekt OnCoPaTh** umsetzen.	○	○	○	○	○
4	Ich bin fest entschlossen, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
5	Ich bin motiviert, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** Herausforderungen. Ich bin zuversichtlich, diese zu meistern.	○	○	○	○	○
7	Ich bin zuversichtlich, dass ich den Verlauf der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** überblicken kann.	○	○	○	○	○
8	Ich bin zuversichtlich, dass ich Aufgaben so koordinieren kann, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	○	○	○	○	○
9	Ich bin zuversichtlich, dass ich Unterstützung erfahre, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○

Quellen: In Anlehnung an: Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci. 9:7. doi:10.1186/1748-5908-9-7.); Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, et al (2000) Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study BMJ Open;10:e034380.

Abschnitt 7

In diesem Abschnitt werden Ihnen Fragen zur **Einführung und Anwendung** von **OnCoPaTh** gestellt.

Bitte setzen Sie bei den folgenden vier allgemeinen Fragen zu OnCoPaTh bei der für Sie **zutreffenden Ausprägung (1-10)** auf dem **Pfeil ein Kreuz**.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, um zu entscheiden, welche Antwort am besten zu Ihren Erfahrungen passt, und kreuzen Sie die entsprechende Antwortoption an. Es gibt grundsätzlich keine richtigen oder falschen Antworten.

1 Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie OnCoPaTh einem*einer Kolleg*in weiterempfehlen würden?

- ○ Sehr wahrscheinlich
- ○ Wahrscheinlich
- ○ Eher wahrscheinlich
- ○ Eher unwahrscheinlich
- ○ Unwahrscheinlich
- ○ Völlig unwahrscheinlich

2 Wie vertraut fühlt sich OnCoPaTh für Sie an?

Fühlt sich noch sehr neu an — **Fühlt sich vollkommen vertraut an**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 Betrachten Sie OnCoPaTh momentan als einen gewohnten Bestandteil Ihrer Arbeit?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 Können Sie sich vorstellen, dass OnCoPaTh ein gewohnter Bestandteil Ihrer Arbeit werden wird?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Fragen zu OnCoPaTh zustimmen.

Einige Fragen können Sie vielleicht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantworten oder Sie sind noch unschlüssig. Geben Sie in diesem Fall bitte "nicht zutreffend" an.

(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

		Stimme überhaupt nicht zu		Weder noch		Stimme voll und ganz zu	Nicht zutreffend
		1	2	3	4	5	6
5.01	Ich kann nachvollziehen, inwiefern sich **OnCoPaTh** von üblichen Arbeitsweisen unterscheidet.	○	○	○	○	○	○
5.02	Die Mitarbeitenden dieser Organisation haben ein gemeinsames Verständnis vom Zweck von **OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○	○
5.03	Ich verstehe, wie **OnCoPaTh** meine Arbeitsweise beeinflusst.	○	○	○	○	○	○

5.04	Ich erkenne den potenziellen Wert von **OnCoPaTh** für meine Arbeit.	○	○	○	○	○	○
5.05	Es gibt Schlüsselpersonen, welche die Anwendung von **OnCoPaTh** vorantreiben und andere Personen einbeziehen.	○	○	○	○	○	○
5.06	Ich finde, dass meine Beteiligung an **OnCoPaTh** ein legitimer Teil meiner Rolle ist.	○	○	○	○	○	○
5.07	Ich bin offen für neue Arten der Zusammenarbeit bei der Anwendung von **OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○	○
5.08	Ich werde **OnCoPaTh** weiterhin unterstützen.	○	○	○	○	○	○
5.09	Ich kann **OnCoPaTh** leicht in meine bestehende Arbeit integrieren.	○	○	○	○	○	○
5.10	**OnCoPaTh** wirkt sich negativ auf Arbeitsbeziehungen aus.	○	○	○	○	○	○
5.11	Ich habe Vertrauen in die Fähigkeiten anderer, **OnCoPaTh** anzuwenden.	○	○	○	○	○	○
5.12	Die Tätigkeiten werden Personen zugewiesen, welche über geeignete Kompetenzen verfügen, **OnCoPaTh** anzuwenden.	○	○	○	○	○	○
5.13	Es werden ausreichend Schulungen angeboten, damit Mitarbeitende **OnCoPaTh** anwenden können.	○	○	○	○	○	○
5.14	Es sind ausreichend Ressourcen zur Anwendung von OnCoPaTh verfügbar.	○	○	○	○	○	○
5.15	Die Führungskräfte unterstützen **OnCoPaTh** angemessen.	○	○	○	○	○	○
5.16	Mir sind Berichte über die Auswirkung von **OnCoPaTh** bekannt.	○	○	○	○	○	○
5.17	Die Mitarbeitenden sind sich einig, dass **OnCoPaTh** lohnenswert ist.	○	○	○	○	○	○
5.18	Ich schätze die Auswirkungen von **OnCoPaTh** auf meine auf meine Tätigkeit.	○	○	○	○	○	○
5.19	Rückmeldungen zu **OnCoPaTh** können für zukünftige Verbesserungen genutzt werden.	○	○	○	○	○	○
5.20	Ich kann anpassen, wie ich mit **OnCoPaTh** arbeite.	○	○	○	○	○	○

Quelle: Freund, J., Piotrowski, A., Bührmann, L., Oehler, C., Titzler., I., Netter, A., Potthoff, S., Ebert, D. D., Finch, T., Köberlein-Neu, J., Etzelmüller, A. (2023). Validation of the German Normalization Process Theory Measure G-NoMAD: Translation, Adaptation, and Pilot Testing.

Abschnitt 8

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**. Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Welchem **Geschlecht** fühlen Sie sich zugehörig?	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers
		○4	Keine Angabe

2	In welchem **Jahr** sind Sie **geboren**?	○1	Vor 1960
		○2	1960 – 1969
		○3	1970 – 1979
		○4	1980 – 1989
		○5	1990 – 1999
		○6	2000 oder später

3	Was ist ihr **höchster Schulabschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule (POS) Abschluss 8. Klasse
		○3	Mittlere Reife, Fachoberschulreife, POS Abschluss 10. Klasse
		○4	Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
		○5	Sonstiger Schulabschluss

4	Welche **berufliche Ausbildung** haben Sie absolviert? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r / Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Pflegefachmann/Pflegefachfrau
		○8	Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule) (Bitte Studiengang eintragen!) ……..……..... …….....
		○9	Sonstige (Bitte eintragen!) ……..……..….. …….....

7	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an. (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1 bis < 3 Jahre** 3	**3 bis 5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Erfahrung in der Beratung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung mit hämatologischen/ onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung.	○	○	○	○	○

8	Wie ist Ihr **derzeitiger Beschäftigungsstatus**?		
		$○_1$	Vollzeit
		$○_2$	Teilzeit
		$○_3$	Sonstiger (Bitte eintragen!) ……..…….……

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: «IG»	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

OnCoPaTh – Studie zur patientenzentrierten Versorgung in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Befragung der konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachpersonen (KoPP)

Fragebogen T6-Erhebung

Vergleichsgruppe II

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: «VG_II_2»	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

Gefördert durch:







Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Pseudonym generieren:

Bevor Sie mit der Befragung starten, ist es notwendig, dass Sie **Ihr Pseudonym**, welches Sie in den vergangenen Befragung generiert haben, in das folgende vorgesehene Feld eintragen.. Mit diesem Pseudonym können wir diese Befragung und weitere Befragungen, die Sie ausfüllen, **miteinander verbinden** und gleichzeitig Ihre **Anonymität** gewährleisten.
Falls Sie für die letzten Befragungen bereits ein Pseudonym generiert haben, tragen Sie bitte dieses Pseudonym in den dafür vorgesehenen Feldern dieses Fragebogens ein.

Ihr Pseudonym besteht aus **8 Ziffern**, das wie folgt generiert wird:

➔ Der **Geburtsmonat** und das **Geburtsjahr** Ihrer Mutter sowie die **Initialen** Ihrer Mutter.

Beispiel: **Ihre Mutter** ist im **Mai 1914** geboren; Name der Mutter **Edith Müller.**

Pseudonym:	**0**	**5**	**1**	**9**	**1**	**4**	**E**	**M**
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Bitte tragen Sie hier Ihr 8-stelliges Pseudonym ein:

Pseudonym:								
	Geburtsmonat Ihrer Mutter		Geburtsjahr Ihrer Mutter				Initialen Ihrer Mutter	

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

In dem vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie darum, Fragen zu beantworten, die Ihre Person sowie Ihre beruflichen Aspekte betreffen. Hierbei geht es um Ihre Einstellungen und Einschätzungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie daher so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

- Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Beantworten Sie dann die Fragen, ohne sehr langes Überlegen. Meist ist der erste Einfall der Beste.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Falls einige der Antwortmöglichkeiten nicht gut auf Sie zutreffen sollten, kreuzen Sie immer die Antwort an, die noch am ehesten für Sie stimmig ist.
- Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Bitte beachten Sie beim Beantworten der Fragen, dass in den meisten Fällen in jeder Zeile oder Spalte nur ein Kästchen angekreuzt werden darf. Sollte eine Mehrfachantwort möglich sein, wird explizit („Mehrfachantworten möglich!“) darauf hingewiesen.
- Um Ihre Antwort zu markieren, kreuzen oder malen Sie bitte das Kästchen aus, welches Ihrer Einschätzung nach am besten für Sie zutrifft.
- Falls Sie eine **Korrektur** vornehmen möchten, weil Sie beispielsweise das „falsche“ Kästchen angekreuzt haben, streichen Sie bitte das Kästchen mit der „falschen“ Antwort durch. Anschließend sollten Sie bitte das „richtige“ Kästchen ankreuzen (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

Wie füllen Sie den Fragebogen aus?	**trifft nicht zu**	**trifft wenig zu**	**trifft ziemlich zu**	**trifft zu**
1 So kreuzen Sie richtig an.	○		○	○
2 Falls Sie Ihre Meinung ändern möchten.			○	○

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Sollten Sie noch Fragen oder Anregungen haben, können Sie sich gerne an die zuständige Mitarbeiterin wenden:

Lisa Blattert (M.Sc.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefon: 0221 - 933 19 19 18
E-Mail: blattert@winho.de

WINHO – Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie GmbH
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln

Bitte geben Sie zuerst das Datum an, an dem Sie den Bogen ausfüllen, sowie Ihr generiertes Pseudonym.

				2	0	2	4								
Tag		Monat		Jahr				Pseudonym							

Bitte geben Sie an, in welchem **Arbeitsfeld** Sie **primär** tätig sind. (Mehrfachantworten möglich!)	○ 1	SAPV-Team
	○ 2	Hospizdienst
	○ 3	Ambulanter Pflegedienst
	○ 4	Krankenhaus
	○ 5	Palliativstation im Krankenhaus
	○ 6	Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..…….. ……

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass es in diesem Fragenbogen um **Ihre Einschätzung, Ihre Erfahrung und Ihr Wissen** in Bezug auf Ihre Tätigkeit als **konsiliarisch tätige Palliativpflegefachperson (KoPP)** im Rahmen von **OnCoPaTh** geht.

Abschnitt 1

Im folgenden Abschnitt geht es um den **Informationsaustausch**, die **Zusammenarbeit** und **Kommunikationen** zwischen Ihnen, Krebspatient*innen, ihren Angehörigen und anderen Professionen sowie um die Koordination der Versorgung von Krebspatient*innen. Dabei ist für uns interessant, welche Informationen regelmäßig mit den beteiligten Parteien ausgetauscht werden und wie Sie die Koordination der Versorgung erleben.

1	**Durch wen** werden Sie derzeit hauptsächlich in die Behandlung/Versorgung der **Krebspatient*innen** einbezogen? (Mehrfachantworten möglich!)	○ 1	Patient*in selbst
		○ 2	Angehörige
		○ 3	Hausärztliche Praxis
		○ 4	Hämato-onkologische Praxis
		○ 5	Krankenhaus
		○ 6	Pflegeheim
		○ 7	Sozialdienst
		○ 8	Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……

2	Wie bewerten Sie den **Zeitpunkt**, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit im Projekt OnCoPaTh hinzugezogen werden?	○ 1	Zu früh
		○ 2	Genau richtig
		○ 3	Zu spät
		○ 4	Unterschiedlich, abhängig von: …… ……

3	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem **Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

4	Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit **Ihrer Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

5 Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die **Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen**?
(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Brief (schriftlich) 1	**Gespräch** (persönlich/ telefonisch) 2	**Fax** 3	**E-Mail** 4	**Durch Patient*in** 5	**Keine Weitergabe** (durch Versorger*in) 6	**Sonstiges (z. B. App)** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○

6	Geben Sie **Informationen über Krebspatient*innen** weiter an die/das…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Immer** 1	**Meistens** 2	**Manchmal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
	Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○
	Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○	○	○

7 Wenn Sie **keine Informationen über Krebspatient*innen weitergeben,** was sind die Gründe dafür?

……

……

8 Erhalten Sie derzeit alle **relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen** für die weitere Betreuung von der/dem/den…? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

	Immer 1	**Meistens** 2	**Manch-mal** 3	**Selten** 4	**Nie** 5	**Trifft nicht zu** 6
Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○
Angehörigen	○	○	○	○	○	○

9 Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach in **Überweisungen/Arztbriefen** ergänzt werden sollten?

- ○1 Nein
- ○2 Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……...
  ……

10 In welcher Form **dokumentieren** Sie die Behandlung / den Kontakt mit Krebspatient*innen? (Mehrfachantworten möglich!)

- ○1 Papierform
- ○2 Computer
- ○3 Tablet/Handy
- ○4 Sonstiges (Bitte eintragen!) ……..……..…...
  ……

11 Welche **Informationen** geben Sie derzeit an **wen** weiter? (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an! Mehrfachantworten möglich!)

	Krankheits-verlauf (Symptome, Neben-wirkungen) 1	**Änderung Medika-tionsplan** (Schmerz-mittel) 2	**Pflegebe-dürftigkeit** (Heil- und Hilfsmittel-bedarf) 3	**Pflegerische Intervention** (Medikation, Spritzen, Sonden) 4	**Psycho-soziale Intervention** (Angehörige, Ängste) 5	**Tod** 6	**Keine Informa-tionen** 7
Hausärztliche Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Hämato-onkologische Praxis	○	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○	○
Weitere Fachärzt*innen	○	○	○	○	○	○	○
Patient*in	○	○	○	○	○	○	○
Angehörige	○	○	○	○	○	○	○
Sozialdienst	○	○	○	○	○	○	○
Pflegeversicherung	○	○	○	○	○	○	○
Krankenversicherung	○	○	○	○	○	○	○

Haben Sie dazu **noch weitere Ergänzungen**? ……
……

12	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** (z. B. einen „runden Tisch“) mit Ihnen und den **Versorger*innen** über gemeinsame Krebspatient*innen?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			In welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

13	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen in **Ihrer Organisation**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			In welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

14	Gibt es einen (regelmäßigen) **strukturierten Informationsaustausch** über die Krebspatient*innen mit der*dem jeweiligen **Hausärzt*in**?	○ 1	Nein
		○ 2	Ja
			Welche Informationen? (Bitte eintragen!) …… ……
			Mit wem? (Bitte eintragen!) …… ……
			In welcher Form? (Bitte eintragen!) …… ……

15	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **<u>Kommunikation</u>** zwischen **Ihnen** und der*dem*den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

16	Wie zufrieden sind Sie **derzeit** mit der **Zusammenarbeit** zwischen **Ihnen** und der/dem/den… (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Eher zufrieden** 2	**Eher unzufrieden** 3	**Sehr unzufrieden** 4
	Hausärztlichen Praxis	○	○	○	○
	Hämato-onkologischen Praxis	○	○	○	○
	Krankenhaus	○	○	○	○
	Patient*in	○	○	○	○
	Angehörigen	○	○	○	○

17	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der **Überleitung** der Krebspatient*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..……..…….. …… ……

18	Sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** in der weiteren **Zusammenarbeit** mit den Versorger*innen?		
		○$_1$	Nein
		○$_2$	Ja, welche? (Bitte eintragen!) ……..…….. …… ……

19	Haben Sie das Gefühl, dass sich das Projekt OnCoPaTh positiv auf Ihre Zusammenarbeit mit der **onkologischen Einrichtung** auswirkt?		
		○$_1$	Ja
		○$_2$	Nein

20	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme voll und ganz zu** 1	**Stimme zu** 2	**Teils/ teils** 3	**Stimme nicht zu** 4	**Stimme überhaupt nicht zu** 5
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.	○	○	○	○	○
	Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.	○	○	○	○	○

21	**Wie schätzen Sie folgende Fragen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Sehr zufrieden** 1	**Zufrieden** 2	**Teils/ teils** 3	**Eher zufrieden** 4	**Überhaupt nicht zufrieden** 5
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?	○	○	○	○	○
	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?	○	○	○	○	○

Abschnitt 2

Im folgenden Abschnitt geht es um den **zeitlichen Aufwand**, den Sie Ihrer Einschätzung nach, für **Tätigkeiten im Rahmen von OnCoPaTh** aufgebracht haben. Außerdem werden Ihnen Fragen zu Ihrer Qualifikation als KoPP gestellt.
Bitte kreuzen Sie das nach Ihrer Einschätzung Zutreffende an.

1	Was schätzen Sie, wie viel **Zeit** haben Sie durchschnittlich pro Fall (im Sinne der gesamten Behandlungszeit für eine*n Patient*in) mit der **Kommunikation** mit den **OncoCoaches** verbracht? Hier geht es um die Zeit, um OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung sozusagen in Betrieb zu nehmen.	○ 1	Unter 10 Minuten
		○ 2	11 bis 20 Minuten
		○ 3	21 bis 30 Minuten
		○ 4	31 bis 40 Minuten
		○ 5	41 bis 50 Minuten
		○ 6	51 bis 60 Minuten
		○ 7	Über 60 Minuten

2	Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich an die **OnCoPaTh Versorgung gewöhnt** haben? In diesem Falle meint gewöhnt, dass OnCoPaTh sich gut in Ihren sonstigen Arbeitsalltag einfügt.	○ 1	Einen Tag
		○ 2	Zwei Tage bis zu einer Woche
		○ 3	Zwei bis zu vier Wochen
		○ 4	Länger als vier Wochen

3	War die Durchführung der OnCoPaTh Versorgung in dieser Zeit für Sie zeitaufwendiger als nach der Eingewöhnung?	○ 1	Ja → *weiter mit Frage 4*
		○ 2	Nein → *weiter mit Frage 5*

4	Wenn ja, was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **<u>während</u>** der Eingewöhnungszeit gehabt?	○ 1	Unter 5 Minuten
		○ 2	5 bis 10 Minuten
		○ 3	11 bis 15 Minuten
		○ 4	16 bis 20 Minuten
		○ 5	Über 21 Minuten

5	Was schätzen Sie, wie viel Mehraufwand durch OnCoPaTh haben Sie durchschnittlich pro Fall mit der Versorgung der Patient*innen **<u>nach</u>** der Eingewöhnungszeit gehabt?	○ 1	Unter 5 Minuten
		○ 2	5 bis 10 Minuten
		○ 3	11 bis 15 Minuten
		○ 4	16 bis 20 Minuten
		○ 5	Über 21 Minuten

6	Was schätzen Sie, wie viel Zeit benötigen Sie durchschnittlich als Fahrzeit (Fahrzeit umfasst die komplette Reisezeit inkl. Fahrzeiten, Fußwege, Parkplatzsuche usw.) zu den Patient*innen bei der OnCoPaTh-Versorgung?	○ 1	Unter 10 Minuten
		○ 2	11 bis 20 Minuten
		○ 3	21 bis 30 Minuten
		○ 4	Über 30 Minuten

7	**Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?** (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Ich stimmt überhaupt nicht zu** 1	**Ich stimme eher nicht zu** 2	**Ich stimme eher zu** 3	**Ich stimme voll und ganz zu** 4
	Die Weiterbildung als KoPP hebt mich fachlich von anderen Palliativpflegefachkräften ab.	○	○	○	○
	Die Weiterbildung zum*zur KoPP ist eine Aufwertung des Pflegeberufs.	○	○	○	○
	Meine Fähigkeiten und Arbeit als KoPP werden von meinen Patient*innen stark nachgefragt.	○	○	○	○
	Die Möglichkeit des selbstständigen Arbeitens hat eine positive Auswirkung auf meinen Arbeitsalltag.	○	○	○	○

Abschnitt 3

Im folgenden Abschnitt möchten wir von Ihnen erfahren, welche der folgenden **Elemente der neuen Versorgungsform durch Sie in Ihrer Tätigkeit als KoPP genutzt** wurden.
Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffenden Felder an.

Während meiner Tätigkeit als KoPP habe ich folgende Elemente von OnCoPaTh im Alltag genutzt, wie zu Beginn des Projektes vorgesehen…
(Mehrfachantworten möglich!)

1	○	Palliatives Pflegekonsil mit den OnCoPaTh-Studienpatient*innen
2	○	Konsil und Austausch über OnCoPaTh-Studienpatient*innen mit dem*der OncoCoach
3	○	Interdisziplinärer Austausch im Behandler*innen-Team (OncoCoach, KoPP, Onkolog*in und ggf. weitere Behandler*innen)
4	○	Logbuch zur Dokumentation des palliativen Pflegekonsils (Konsil und Austausch mit dem*der OncoCoach)
5	○	Sonstiges (Bitte Eintragen): ……..

Abschnitt 4

Menschen verfügen über unterschiedlich hohe Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf die Maßnahmen Ihrer **Selbstorganisation**, die die **Gesundheitskompetenz** Ihrer Patient*innen berücksichtigen und fördern. Bitte denken Sie an Ihre Rolle als KoPP im Rahmen des **Projektes OnCoPaTh**.

Der Wert 1 bedeutet „überhaupt nicht", der Wert 7 bedeutet „in sehr großem Maße". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

	In welchem Maße…	**Überhaupt nicht** 1	2	3	**Teils/teils** 4	5	6	**In sehr großem Maße** 7
1	… widmen Sie sich in Ihrer Selbstorganisation explizit dem Thema Gesundheitskompetenz?	○	○	○	○	○	○	○
2	… wird das Thema Gesundheitskompetenz von Ihnen in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	○	○	○	○	○	○	○
3	… werden Gesundheitsinformationen in Ihrer Selbstorganisation unter Einbezug von Patient*innen entwickelt?	○	○	○	○	○	○	○
4	… werden von Ihnen individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. versch. Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	○	○	○	○	○	○	○
5	… verfügen Sie über Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. Übersetzer, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	○	○	○	○	○	○	○
6	… stellen Sie Informationen für unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereit (z. B. DVDs, Bildergeschichten)?	○	○	○	○	○	○	○
7	… stellen Sie sicher, dass die Patient*innen besonders in kritischen Situationen (z. B. Therapiezielklärung, Medikamenteneinnahme) wirklich alles verstanden haben?	○	○	○	○	○	○	○
8	… kommunizieren Sie den Patient*innen im Vorfeld offen und verständlich, welche Kosten rund um die Versorgung auf sie zukommen können?	○	○	○	○	○	○	○
9	… nehmen Sie an Schulungen zum Thema Gesundheitskompetenz teil?	○	○	○	○	○	○	○

Quelle: In Anlehnung an: Kowalski, C., Lee, S.-Y.D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M.A., Pfaff, H., Ernstmann, N., 2015. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv. Res. 15, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5

Abschnitt 5

Im folgenden Abschnitt geht es um die **Kommunikation und interprofessionelle Interaktion** in Ihrem beruflichen Umfeld. Wir möchten wissen, wie Sie die Kommunikation und Interaktion mit Personen aus Ihrem beruflichen Umfeld erleben.
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das aus Ihrer Sicht Zutreffende an.

		Ich stimme voll und ganz zu	**Ich stimme zu**	**Ich stimme nicht zu**	**Ich stimme überhaupt nicht zu**
		1	2	3	4
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	○	○	○	○
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	○	○	○	○
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	○	○	○	○
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	○	○	○	○
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	○	○	○	○
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	○	○	○	○
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	○	○	○	○
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	○	○	○	○
9	Auch wenn ich weiß, dass andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	○	○	○	○
10	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild voneinander.	○	○	○	○
11	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	○	○	○	○
12	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehung zwischen den Berufstätigen auswirkt.	○	○	○	○
13	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	○	○	○	○
14	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	○	○	○	○
15	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	○	○	○	○
16	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	○	○	○	○
17	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	○	○	○	○

Quelle: © Katherine Pollard, UWE-IP Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Abschnitt 6

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zur **Implementierung und Umsetzung** des **Projektes OnCoPaTh** in Ihrer Rolle als KoPP zustimmen. Falls das **Projekt OnCoPaTh** aktuell nicht umgesetzt wird, wie wäre es im Falle der Umsetzung?

	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen: (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Stimme nicht zu** 1	**Stimme eher nicht zu** 2	**Teils teils** 3	**Stimme eher zu** 4	**Stimme zu** 5
1	Ich zeige hohes Engagement bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○
2	Ich werde tun, was auch immer nötig ist, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
3	Ich möchte das **Projekt OnCoPaTh** umsetzen.	○	○	○	○	○
4	Ich bin fest entschlossen, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
5	Ich bin motiviert, das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○
6	Eventuell entstehen bei der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** Herausforderungen. Ich bin zuversichtlich, diese zu meistern.	○	○	○	○	○
7	Ich bin zuversichtlich, dass ich den Verlauf der Umsetzung des **Projektes OnCoPaTh** überblicken kann.	○	○	○	○	○
8	Ich bin zuversichtlich, dass ich Aufgaben so koordinieren kann, dass die Umsetzung reibungslos abläuft.	○	○	○	○	○
9	Ich bin zuversichtlich, dass ich Unterstützung erfahre, um das **Projekt OnCoPaTh** umzusetzen.	○	○	○	○	○

Quellen: In Anlehnung an: Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci. 9:7. doi:10.1186/1748-5908-9-7.); Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, et al (2000) Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study BMJ Open;10:e034380.

Abschnitt 7

In diesem Abschnitt werden Ihnen Fragen zur **Einführung und Anwendung** von **OnCoPaTh** gestellt.

Bitte setzen Sie bei den folgenden vier allgemeinen Fragen zu OnCoPaTh bei der für Sie **zutreffenden Ausprägung (1-10)** auf dem **Pfeil ein Kreuz**.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, um zu entscheiden, welche Antwort am besten zu Ihren Erfahrungen passt, und kreuzen Sie die entsprechende Antwortoption an. Es gibt grundsätzlich keine richtigen oder falschen Antworten.

1 Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie OnCoPaTh einem*einer Kolleg*in weiterempfehlen würden?

- ○ Sehr wahrscheinlich
- ○ Wahrscheinlich
- ○ Eher wahrscheinlich
- ○ Eher unwahrscheinlich
- ○ Unwahrscheinlich
- ○ Völlig unwahrscheinlich

2 Wie vertraut fühlt sich OnCoPaTh für Sie an?

Fühlt sich noch sehr neu an — **Fühlt sich vollkommen vertraut an**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 Betrachten Sie OnCoPaTh momentan als einen gewohnten Bestandteil Ihrer Arbeit?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 Können Sie sich vorstellen, dass OnCoPaTh ein gewohnter Bestandteil Ihrer Arbeit werden wird?

Überhaupt nicht — **Etwas** — **Vollständig**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Fragen zu OnCoPaTh zustimmen.

Einige Fragen können Sie vielleicht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantworten oder Sie sind noch unschlüssig. Geben Sie in diesem Fall bitte "nicht zutreffend" an.

(Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)

		Stimme überhaupt nicht zu		Weder noch		Stimme voll und ganz zu	Nicht zutreffend
		1	2	3	4	5	6
5.01	Ich kann nachvollziehen, inwiefern sich **OnCoPaTh** von üblichen Arbeitsweisen unterscheidet.	○	○	○	○	○	○
5.02	Die Mitarbeitenden dieser Organisation haben ein gemeinsames Verständnis vom Zweck von **OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○	○
5.03	Ich verstehe, wie **OnCoPaTh** meine Arbeitsweise beeinflusst.	○	○	○	○	○	○

5.04	Ich erkenne den potenziellen Wert von **OnCoPaTh** für meine Arbeit.	○	○	○	○	○	○
5.05	Es gibt Schlüsselpersonen, welche die Anwendung von **OnCoPaTh** vorantreiben und andere Personen einbeziehen.	○	○	○	○	○	○
5.06	Ich finde, dass meine Beteiligung an **OnCoPaTh** ein legitimer Teil meiner Rolle ist.	○	○	○	○	○	○
5.07	Ich bin offen für neue Arten der Zusammenarbeit bei der Anwendung von **OnCoPaTh**.	○	○	○	○	○	○
5.08	Ich werde **OnCoPaTh** weiterhin unterstützen.	○	○	○	○	○	○
5.09	Ich kann **OnCoPaTh** leicht in meine bestehende Arbeit integrieren.	○	○	○	○	○	○
5.10	**OnCoPaTh** wirkt sich negativ auf Arbeitsbeziehungen aus.	○	○	○	○	○	○
5.11	Ich habe Vertrauen in die Fähigkeiten anderer, **OnCoPaTh** anzuwenden.	○	○	○	○	○	○
5.12	Die Tätigkeiten werden Personen zugewiesen, welche über geeignete Kompetenzen verfügen, **OnCoPaTh** anzuwenden.	○	○	○	○	○	○
5.13	Es werden ausreichend Schulungen angeboten, damit Mitarbeitende **OnCoPaTh** anwenden können.	○	○	○	○	○	○
5.14	Es sind ausreichend Ressourcen zur Anwendung von OnCoPaTh verfügbar.	○	○	○	○	○	○
5.15	Die Führungskräfte unterstützen **OnCoPaTh** angemessen.	○	○	○	○	○	○
5.16	Mir sind Berichte über die Auswirkung von **OnCoPaTh** bekannt.	○	○	○	○	○	○
5.17	Die Mitarbeitenden sind sich einig, dass **OnCoPaTh** lohnenswert ist.	○	○	○	○	○	○
5.18	Ich schätze die Auswirkungen von **OnCoPaTh** auf meine auf meine Tätigkeit.	○	○	○	○	○	○
5.19	Rückmeldungen zu **OnCoPaTh** können für zukünftige Verbesserungen genutzt werden.	○	○	○	○	○	○
5.20	Ich kann anpassen, wie ich mit **OnCoPaTh** arbeite.	○	○	○	○	○	○

Quelle: Freund, J., Piotrowski, A., Bührmann, L., Oehler, C., Titzler., I., Netter, A., Potthoff, S., Ebert, D. D., Finch, T., Köberlein-Neu, J., Etzelmüller, A. (2023). Validation of the German Normalization Process Theory Measure G-NoMAD: Translation, Adaptation, and Pilot Testing.

Abschnitt 8

In diesem Abschnitt bitten wir Sie um einige **Angaben zu Ihrer Person**. Bitte beantworten Sie jede Frage mit der zutreffenden Aussage oder kreuzen das zutreffende Kästchen an.

1	Welchem **Geschlecht** fühlen Sie sich zugehörig?	○1	Weiblich
		○2	Männlich
		○3	Divers
		○4	Keine Angabe

2	In welchem **Jahr** sind Sie **geboren**?	○1	Vor 1960
		○2	1960 – 1969
		○3	1970 – 1979
		○4	1980 – 1989
		○5	1990 – 1999
		○6	2000 oder später

3	Was ist ihr **höchster Schulabschluss**?	○1	Kein Schulabschluss
		○2	Hauptschulabschluss, Polytechnische Oberschule (POS) Abschluss 8. Klasse
		○3	Mittlere Reife, Fachoberschulreife, POS Abschluss 10. Klasse
		○4	Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
		○5	Sonstiger Schulabschluss

4	Welche **berufliche Ausbildung** haben Sie absolviert? (Mehrfachantworten möglich!)	○1	Medizinische*r Fachangestellte*r / Arzthelfer*in
		○2	Altenpflege
		○3	Gesundheits- und Krankenpflege
		○4	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
		○5	Krankenpflege
		○6	Kinderkrankenpflege
		○7	Pflegefachmann/Pflegefachfrau
		○8	Hochschulabschluss (Universität, Fachhochschule) (Bitte Studiengang eintragen!) ……..……..... …….....
		○9	Sonstige (Bitte eintragen!) ……..……..….. …….....

7	Bitte geben Sie Ihre **bisherige Berufserfahrung** an. (Bitte kreuzen Sie jede Zeile an!)	**Keine** 1	**< 1 Jahr** 2	**1 bis < 3 Jahre** 3	**3 bis 5 Jahre** 4	**> 5 Jahre** 5
	Berufserfahrung in der allgemeinen Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung in der Versorgung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Erfahrung in der Beratung von hämatologischen/onkologischen Patient*innen.	○	○	○	○	○
	Berufserfahrung mit hämatologischen/ onkologischen Patient*innen **vor** Ihrer Tätigkeit in der Palliativversorgung.	○	○	○	○	○

8	Wie ist Ihr **derzeitiger Beschäftigungsstatus**?		
		$○_1$	Vollzeit
		$○_2$	Teilzeit
		$○_3$	Sonstiger (Bitte eintragen!) ……..…….……

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Auszufüllen von Mitarbeiter*innen des WINHO:

Angaben zum Datenmanagement	Fragebogennummer: «VG_II_2»	
	Eingabe am:	Kontrolle am:
	Eingabe durch:	Kontrolle durch:

Leitfaden OC zum Zeitpunkt t2

Zeit	Dimension	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen
Intro & Erläuterung: 5 Min Fragen/Aufgabe: 10 Min		Intro: Herzlich willkommen und ich freue mich, dass wir das Interview mit Ihnen durchführen dürfen! Das Interview werde ich gemeinsam mit Frau Blattert durchführen. Vielleicht haben wir uns schon mal beim Meet & Greet im letzten Jahr gesehen, aber wir würden dennoch mit einer kurzen Vorstellungsrunde starten. Vorstellung: Berufserfahrung, Alter, Funktion in der Einrichtung Wir würden gerne direkt mit dem Interview starten, kommen aber nachher gerne noch mal auf Ihre aktuelle Situation zurück. Unser Anliegen: Durch das Interview möchten wir erfahren, wie sich in Ihrer Einrichtung die Versorgung von Krebspatient*innen in der ersten Studienphase gestaltet hat. Wir möchten gemeinsam mit Ihnen hierzu ein Bild erstellen. Dieses Bild mit dem Fokus auf die Versorgung einer*s Patient*in aus Ihrer Einrichtung werden wir gleich mit Hilfe von Fragen Stück für Stück gemeinsam zusammenführen. Die Fragen können Sie leicht	

		mit Ihren Erfahrungen aus dem Praxisalltag beantworten. Zur Erstellung der Abbildung nutzen wir ein virtuelles Whiteboard, dass ich Ihnen gleich vorstellen werde. Nach einer kurzen Einführung können Sie dort gleich selbst aktiv und kreativ werden. Keine Angst, wir unterstützen Sie hierbei gerne. <u>Bevor wir starten:</u> Alle Angaben zu Ihnen, Patient*innen oder Kolleg*innen werden in der Auswertung des Interviews anonymisiert. Ihre Aussagen werden nicht direkt mit Ihnen, oder Ihrer Einrichtung/Praxis in Verbindung gebracht. Eine Rückverfolgung ist damit nicht möglich. Sofern Sie nichts dagegen haben würden wir das Interview gerne Aufzeichnen. Haben Sie bis hierher noch Fragen? Miro: Tool Bar, Elemente auswählen, verschieben, beschriften. Neue Formen andere Farben möglich. Sie können hier nichts kaputt machen.	
<u>Brainstorming Akteure:</u> 5 Min (Whiteboard teilen) <u>Funktionen Whiteboard:</u> 5 Min <u>Erstellung Whiteboard:</u> 10 Min		<u>Szenario Versorgungspraxis (IST-Zustand)</u> Bitte denken Sie an eine Patientin oder einen Patienten, den/die Sie in der VG I in die Studie eingeschlossen haben. Können Sie uns Lebens- und Krankheitssituation der*des Patientin*en kurz vorstellen?	• Können Sie dabei auf die Abläufe in Ihrer Praxis eingehen • Bildet dieser Beispielfall die Ausnahme oder eher die Regel? • Wie häufig sehen Sie/Onkolog*in die/den Patient*in?

Rückfragen/Unterstützung? Erläuterung Abbildung: 5 Min Spätestens nach 45 Min: Probing Fragen LT: 10 Min Early Integration LB: 5 Min		Denken Sie nun an alle Personen oder Fachkräfte, die in der Versorgung dieser Patientin oder des Patienten eine Rolle spielten. Denken Sie z.B. daran, wer in der Versorgung der Patientin bzw. des Patienten involviert war. Wir notieren nun gemeinsam die beteiligten Personen, Fachkräfte bzw. unterstützenden Elemente auf den Pfeilen. Gestalten Sie mit den Pfeilen ein Schaubild, so dass Sie uns im Anschluss beschreiben können, wie die Versorgung dieser*dieses Krebspatient*in in Ihrer Einrichtung abläuft. Änderungen oder Anpassungen sind auch im weiteren Verlauf auch möglich. Wo sehen Sie die Patientin bzw. den Patienten? Wo stehen Sie? Wo sehen Sie die andere Personen oder Fachkräfte? **Bitte erläutern Sie uns Ihre Darstellung!** Wie gestaltet sich die (weitere medizinische) Betreuung des Patienten bzw. der Patientin in Ihrer Einrichtung?	• **Welche Rollen haben Sie, die Fachkräfte und Personen aus Ihrem Praxisbeispiel?** • Wie ist das Coaching-Gespräch abgelaufen? • Was passiert nach dem Coaching-Gespräch? • Welche Rolle nehmen Angehörige ein? • Inwiefern treten Sie mit den Akteuren/ Personen in Kontakt? • Warum sind die Pfeile näher zu oder weiter weg der/dem Patient*in? • Warum sind die Pfeile näher zu oder weiter weg von Ihnen/Ihrer Einrichtung? • Hat die Ausrichtung des Pfeiles eine Bedeutung? • Haben die verschiedenen Farben der Pfeile eine Bedeutung? • In welcher Beziehung stehen Sie in diesem Fall zu XY? • In welcher Beziehung steht der Onkologe/die Onkologin zu XY? • Was bedeutet die Rolle XY in diesem Fall? • Welche Rolle spielt die Information/Beschreibung in diesem Fall? • Können Sie die Beziehung zwischen X und Y nochmal näher erläutern? In dem Beispiel wird palliative Versorgung [genannt/nicht genannt]:

			Wann wird das palliative Pflegefachpersonal (in der Regel) in die Versorgung einbezogen? Wie geht es der/dem Patienten/Patientin in dieser (Versorgungs-)Situation bzw. mit ihrer/seiner Betreuung? Interprofessionelle Interaktion (IST-Zustand) Sie haben auf dem Pfeil [Onkolog*in/palliatives Pflegefachpersonal/Hausärzt*innen] angeführt: • Würden Sie sagen, dass Sie mit XY Hand in Hand arbeiten? [TS] • In welchem Maße finden Abstimmungen zwischen Ihnen und XY im Rahmen der Betreuung von Patient*innen statt? [TS] • Würden Sie sagen, dass die Abstimmungen zwischen Ihnen und XY gut koordiniert sind? [TS] • Wie würden Sie das Arbeitsklima mit XY beschreiben? • Würden Sie sagen, dass die verschiedenen Maßnahmen der Versorgung gut koordiniert sind? [TS] • Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen in der Regel alle Informationen für die medizinische Versorgung und Beratung von Patient*innen zur Verfügung stehen?

			• Wo sehen Sie aktuell Schwierigkeiten oder Herausforderungen in der Kommunikation mit Ärzt*innen oder palliativem Pflegepersonal?
		Innovationsbedarf (IST-Zustand) Was meinen Sie: Wie geht es der/dem Patienten/Patientin in dieser (Versorgungs-)Situation bzw. mit ihrer/seiner Betreuung?	

Zeit	Dimension	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen
Fragen Soll-Zustand OC (LT): 5 Min	Acceptance/Need for change Implementation - Fidelity - Dose - Adaptation - Differentiation	Szenario Versorgungspraxis (SOLL-Zustand - Innovationsbedarf) Gehen wir noch mal zurück zu Ihrem Praxisbeispiel: Können Sie anhand des Paxisbeispiels beschreiben, welche Rolle Sie als OncoCoach zukünftig in der Versorgung von Patient*innen übernehmen können, die Sie derzeit rekrutieren? Hier ggf. Frage zu ersten Erfahrungen als OncoCoach:	• Wie stellen Sie sich in Ihrer Tätigkeit als OC zukünftig die Zusammenarbeit mit dem/der/den [Onkolog*in/palliativen Pflegefachpersonal/Hausärzt*innen] vor? • Haben Sie das Gefühl, dass die Koordination der Versorgungsmaßnahmen/die medizinische Versorgung durch Abstimmungen mit dem/der/den [Onkolog*in/palliativen Pflegefachpersonal/Hausärzt*innen] verbessert werden sollte? • Was sollte sich in der Abstimmung mit dem/der/den [Onkolog*in/palliativen Pflegefachpersonal/Hausärzt*innen] ändern? • Was wäre Ihnen in der Kommunikation zukünftig wichtig? (Regeln/Standards) • Welche Informationen benötigen Sie? • Welche Informationen könnten Sie zukünftig an XY übermitteln?
	Effectiveness	Welche Vor- oder Nachteile sehen Sie für Patient*innen die am Projekt teilnehmen?	

		Wenn Sie jetzt eine Sache an der neuen Versorgungsform ändern könnten, was wäre das und warum?	
Fragen Soll-Zustand KoPP (LB): 5 Min		Bedarf zur frühen palliativen Integration (IST/SOLL-Zustand) Können Sie anhand des Paxisbeispiels beschreiben, welche Rolle die palliative Versorgung zukünftig in der Versorgung dieser Patientin bzw. des Patienten spielen könnte? Unter welchen Umständen würden Sie den Einbezug der palliativen Versorgung als frühzeitig bezeichnen?	Wie wird palliative Versorgung in Ihrer Einrichtung (unabhängig von OnCoPaTh) umgesetzt? Was bedeutet für Sie die frühe palliative Versorgung? Welche Aufgabe oder Rolle würden Sie der frühen palliativen Versorgung zuschreiben? Für meine Patient*innen bedeutet frühe palliative Versorgung: Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit der frühen palliativen Versorgung. • Können Sie Vor- und Nachteile benennen?

Zeit	Dimension	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen
	Reach	Wie viele Patient*innen könnten Sie in der aktuellen Studienphase potenziell rekrutieren? Wie gut hat Ihre Rekrutierungsstrategie bisher funktioniert?	Welche Herausforderungen sehen Sie in der Rekrutierung? Welche Materialien könnten Ihnen für die Rekrutierung helfen?

	Adoption	Wie haben Sie den Projektstart erlebt? Gab es etwas das Sie in Ihren Aufgaben als OncoCoach gefördert oder herausgefordert hat? Beschreiben Sie, wie gut Sie sich aufgrund der Schulung und Workshops für Ihrer Rolle als OncoCoach vorbereitet fühlen? Wer oder was hat Ihnen seit Beginn des Projektes geholfen Ihren Aufgaben als OncoCoach zu erfüllen? Welche Rolle haben Sie in der OnCoPaTh-Studie? Was wäre notwendig, um in Zukunft Fähigkeiten und Vertrauen in Ihre Rolle als OncoCoach aufzubauen? Konnten Sie aus dem letzten Prüfertreffen von AKS Erkenntnisse oder Erfahrungen mitnehmen? Wenn ja, welche?	<u>Akzeptanz und Usability der Implementierung:</u> Vervollständigen Sie folgende Sätze: Für meine Aufgabe als OncoCoach ist die App: Könnten Sie Vor- bzw. Nachteile näher erläutern? Für meine Aufgabe als OncoCoach war der Implementierungsworkshop: Könnten Sie Vor- bzw. Nachteile näher erläutern? Wissen Sie an wen Sie sich wenden können, wenn Sie Fragen zum Projektablauf haben? <u>Implementierungsteam:</u> Gibt es eine Person in Ihrer Einrichtung, die für die Umsetzung des Projektes verantwortlich ist? <u>Schulungsbedarf MA:</u> Haben Sie das Gefühl, dass Sie und Ihre Kolleg*innen gut über die Intervention/den neuen Behandlungspfad informiert sind? Konnten Sie bisher alle notwendigen Rahmenbedingungen und Strukturen etablieren? (Wenn nein, nachfragen warum es nicht möglich war?)

			<u>Unterstützungsbedarf</u>: Welche Unterstützung würden Sie sich zur Umsetzung Ihrer Rolle als OncoCoach wünschen? Wer kann diese Unterstützung bieten? Ärzt*innen/Team/KoPP/Rahmenbedingungen in der Einrichtung/Patient*innen/Angehörige etc.? Abschluss: (Wir kommen nun zum Ende.) Haben Sie noch Fragen oder Themen, die Sie gerne Ansprechen möchten?
	Implementation	<u>Wir würden gerne wissen, welche Erfahrungen Sie als OncoCoach bereits gesammelt haben:</u> Haben Sie bereits Coaching-Gespräche mit Patient*innen geführt? Wenn Sie an Ihr letztes Coaching-Gespräch denken: Wie ist das Coaching-Gespräch abgelaufen? Wie haben Sie sich auf das Gespräch vorbereitet? Welche Schritte haben Sie während und nach dem Coaching-Gespräch durchlaufen? Bildet dieser genannte Beispielfall die Ausnahme oder eher die Regel?	<u>Rahmenbedingungen:</u> Welche Rahmenbedingungen sind aus Ihrer Sicht für OncoCoaching und frühe Integration der palliativen Pflege notwendig?

		Haben Sie bereits Konsile mit KoPP/Onkolog*in durchgeführt? Denken Sie an Ihr letztes Konsil mit dem palliativen Pflegefachpersonal/KoPP/Onkolog*in: Wie ist das Konsil abgelaufen? Wann und unter welchen Umständen fand das Konsil statt? Wie haben Sie (im Vorfeld oder Nachgang) die Zusammenarbeit mit der KoPP/Onkolog*in erlebt? Wurden Ihnen alle notwendigen Informationen über den/die Patienten/Patientin übermittelt? Gibt es Dinge die Sie beim nächsten Konsil gerne ändern würden? Sind Sie mit dem gesamten Ablauf zufrieden? Bildet dieser genannte Beispielfall die Ausnahme oder eher die Regel?	
	Hemmende- und Fördernde Faktoren	Was läuft bisher gut, oder wo sind Sie bisher auf Herausforderungen gestoßen?	Wo sehen Sie derzeit noch Optimierungspotenzial? Wie geht es Ihnen mit der aktuellen Situation?

	Maintenance	Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie mit dem OncoCoaching und der frühen palliativen Integration fortfahren würden? Inwieweit sind Sie der Meinung, dass die neue Versorgungsform (d.h. die Elemente des OnCoPaTh) gut in die Abläufe Ihrer Organisation integriert ist?	Was muss geschehen, um die neue Versorgungsform weiter in die Arbeitsabläufe zu integrieren?
<u>Aktuelle Situation/Feedback:</u> 10 Min		<u>Abschluss:</u> Wie geht es Ihnen in der aktuellen Situation mit der OncoPath Studie? <u>Feedback:</u> Bevor Sie gehen würden wir uns noch über ein kurzes Feedback zum Interview freuen: Fand Sie es schwer oder leicht die Fragen zu beantworten? Wie haben Sie den Austausch über Zoom empfunden? Fand Sie es schwer oder leicht über das virtuellen Whiteboard zu arbeiten? Hätten Sie sich mehr Zeit zur Bearbeitung oder Besprechung von Fragen gewünscht? Wir möchten uns sehr herzlich für Ihre Zeit bedanken. Sie haben uns einen wertvollen Input für unsere Studie gegeben.	

Leitfaden OC zum Zeitpunkt t4

Zeit	Dimension	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen
Intro & Erläuterung: 5 Min Fragen/Aufgabe: 10 Min		Intro: Herzlich willkommen und ich freue mich, dass wir uns noch mal für ein Interview treffen! Das Interview werde ich gemeinsam mit Herr Melcher/Frau Blattert durchführen. Wir haben uns in dieser Runde noch nicht getroffen, daher würde ich gerne mit einer kurzen Vorstellungsrunde starten. Vorstellung: Studium, Funktion im Projekt Unser Anliegen: Durch das Interview möchten wir erfahren, wie sich in Ihrer Einrichtung die Versorgung von Krebspatient*innen in der aktuellen Studienphase gestaltet. Wir schauen uns dafür gleich gemeinsam die Abbildung an, die Sie im letzten Interview erstellt haben und schauen ob sich daran etwas geändert hat. Bevor wir starten: Alle Angaben zu Ihnen, Patient*innen oder Kolleg*innen werden in der Auswertung des Interviews anonymisiert. Ihre Aussagen werden nicht direkt mit Ihnen, oder Ihrer Einrichtung/Praxis in Verbindung gebracht. Eine Rückverfolgung ist damit nicht möglich.	

		Sofern Sie nichts dagegen haben würden wir das Interview gerne Aufzeichnen. Haben Sie bis hierher noch Fragen? Miro: Wir würden, wie beim letzten Interview, wieder das digitale Whiteboard (Miro-Board) verwenden. Möchten Sie, dass wir das Miro-Board noch mal vorstellen? Wenn ja: -> Tool Bar, Elemente auswählen, verschieben, beschriften. Neue Formen andere Farben möglich. Sie können hier nichts kaputt machen. Aufzeichnung starten.	
Brainstorming Akteure: 5 Min (Whiteboard teilen) Funktionen Whiteboard: 5 Min Erstellung Whiteboard: 10 Min Rückfragen/Unterstützung? Erläuterung Abbildung: 5 Min Spätestens nach 45 Min: Probing Fragen: 10 Min	Implementation - Fidelity - Dose - Adaptation - Differentiation	Szenario Versorgungspraxis (IST-Zustand) Bitte denken Sie an eine*n Patienten*in die*den Sie für die aktuellen Studienphase eingeschlossen haben. Denken Sie nun wieder an alle Personen oder Fachkräfte, die in der Versorgung dieser Patient*innen derzeit in der Regel eine Rolle spielen. Wir ergänzen oder streichen nun gemeinsam die beteiligten Personen, Fachkräfte bzw. unterstützenden Elemente in der Abbildung. Die Abbildung können wir im Nachgang überarbeiten. Denken Sie nun erst einmal an die Personen, die an der Versorgung beteiligt sind.	Probing bei Bedarf: • Können Sie dabei auf die Abläufe in Ihrer Praxis eingehen • Warum fällt in diesem Fall der Pfeil weg? • Sie haben die Pfeile näher zusammengerückt, können Sie beschreiben, was sich hier verändert hat? • Sie haben die Pfeile weiter auseinandergerückt, können Sie beschreiben, was sich hier verändert hat? • Inwiefern treten Sie mit den Akteuren/ Personen in Kontakt? • Hat die neue Ausrichtung des Pfeiles eine Bedeutung?

<u>Early Integration:</u> 5 Min		Passen Sie das Schaubild aus dem letzten Interview so an, dass Sie uns im Anschluss beschreiben können, wie die Versorgung dieser*dieses Krebspatient*in in Ihrer Einrichtung abläuft. **Bitte erläutern Sie uns Ihre Darstellung!** Was hat sich in der Versorgung der*des Krebspatienten*in seit dem letzten Interview verändert? Inwiefern hat sich Ihre Rolle, die der Ärzt*innen oder der palliativen Fachkräfte/KoPP verändert? In dem Beispiel wird palliative Versorgung [genannt/nicht genannt]: Wann wird das palliative Pflegefachpersonal (in der Regel) in die Versorgung einbezogen? Wie geht es der/dem Patienten/Patientin in dieser (Versorgungs-)Situation bzw. mit ihrer/seiner Betreuung?	
	Implementation - Fidelity - Adaptation	Wenn Sie an Ihr letztes OncoCoaching-Gespräch denken: • Wie ist das Coaching-Gespräch abgelaufen? • Was hat sich an Ihrer Arbeit als OncoCoach seit unserem letzten Interview geändert?	Welche Herausforderungen erleben Sie in Ihrer Tätigkeit als OncoCoach?

		Gab es schon einen Austausch zwischen Ihnen und der KoPP? Falls noch kein Kontakt zur KoPP zustande gekommen ist: Können Sie beschreiben, warum dieser Kontakt bisher nicht zustande gekommen ist? Denken Sie an Ihren letzten Austausch mit der palliativen Pflegefachkraft /KoPP/Onkolog*in: • Wie ist der Austausch abgelaufen? • Was hat sich an Ihrer Zusammenarbeit mit der palliativen Pflegefachkraft /KoPP/Onkolog*in seit unserem letzten Interview geändert?	Welche Herausforderungen erleben Sie in der Zusammenarbeit mit der palliativen Pflegefachkraft /KoPP/Onkolog*in?

Zeit	Dimension	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen
Fragen Soll-Zustand OC: 5 Min	Acceptance/Need for change	Szenario Versorgungspraxis (SOLL-Zustand - Innovationsbedarf) Gehen wir noch mal zurück zu Ihrem Praxisbeispiel: Würden Sie aktuell etwas an Ihrer Rolle oder an Ihren Aufgaben als OncoCoach ändern? Inwiefern beschreibt dieses Praxisbeispiel Ihre Vorstellung einer optimalen Versorgung von unheilbar kranken Krebspatient*innen?	

		• ggf.: Was sollte sich in Zukunft ändern, um Ihre Vorstellung zu erreichen?	
	Effectiveness	Welche Vor- oder Nachteile sehen Sie für Patient*innen die am Projekt teilnehmen? Inwiefern können Sie einschätzen, ob Ihre Tätigkeit gut funktioniert und für Ihre Patient*innen eine positive Wirkung hat?	[Für IG: Inwiefern können Sie einschätzen, ob die neue Versorgungsform für Ihre Patient*innen eine positive Wirkung hat? Wenn Sie jetzt eine Sache an der neuen Versorgungsform ändern könnten, was wäre das und warum?]
<u>Fragen Soll-Zustand KoPP:</u> 5 Min		<u>Bedarf zur frühen palliativen Integration (IST/SOLL-Zustand)</u> Können Sie anhand des Paxisbeispiels beschreiben, welche Rolle die palliative Versorgung zukünftig in der Versorgung dieser Patientin bzw. des Patienten spielen könnte? Unter welchen Umständen würden Sie den Einbezug der palliativen Versorgung als frühzeitig bezeichnen?	Wie wird palliative Versorgung in Ihrer Einrichtung (unabhängig von OnCoPaTh) umgesetzt? Was bedeutet für Sie die frühe palliative Versorgung? Welche Aufgabe oder Rolle würden Sie der frühen palliativen Versorgung zuschreiben? Für meine Patient*innen bedeutet frühe palliative Versorgung: Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit der frühen palliativen Versorgung. • Können Sie Vor- und Nachteile benennen?

Zeit	Dimension	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen

	Reach	Was haben sie während der Rekrutierungsphase für sich als Fazit mitgenommen?	Wie würden Sie bei den eingeschlossenen Patient*innen den Bedarf für OncoCoaching einschätzen? Wie würden Sie bei den eingeschlossenen Patient*innen den Bedarf für eine frühe palliative Betreuung einschätzen? Inwiefern sprechen wir mit der Studie die richtigen Patient*innen für eine frühe palliative Versorgung an?
	Adoption Nachhaltigkeit	Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen das notwendige Wissen und die notwendige Erfahrung für OC und frühe Integration zur Verfügung steht. Welche Rolle haben Sie in der OnCoPaTh-Studie? Inwiefern kann die OncoCoaching [bzw. neue Versorgungsform] in Ihrer Einrichtung umgesetzt/gelebt werden? Welche Bestandteile der OnCoPaTh-Studie [bzw. neuen Versorgungsform] haben Sie bisher gut in die bestehenden Arbeitsabläufe aufnehmen können? Was erleben Sie als Unterstützung in Ihrer Tätigkeit als OncoCoach?	<u>Implementierungsteam:</u> Gibt es eine Person in Ihrer Einrichtung, die für die Umsetzung des Projektes verantwortlich ist? <u>Rahmenbedingungen:</u> Welche Rahmenbedingungen sind aus Ihrer Sicht für OncoCoaching [und frühe Integration der palliativen Pflege] notwendig? Inwiefern sind die notwendigen Rahmenbedingungen für OncoCoaching [und frühe Integration der palliativen Pflege] in Ihrer Einrichtung gegeben? <u>Unterstützungsbedarf</u>: Welche Unterstützung würden Sie sich zur Umsetzung Ihrer Rolle als OncoCoach wünschen?

			Wer kann diese Unterstützung bieten?
	Hemmende- und Fördernde Faktoren	Mit Blick auf Ihre Aufgaben und Tätigkeit als OncoCoach [und Vermittler*in zwischen Onkolog*innen und palliativer Pflege]: Was läuft bisher gut, oder wo sind Sie bisher auf Herausforderungen gestoßen?	Welche Hindernisse/Barrieren sehen Sie in der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und onkologischen Einrichtungen/ hausärztlichen Einrichtungen? Wie können diese Hindernisse/ Barrieren überwunden werden? Wo sehen Sie derzeit noch Optimierungspotenzial? Wie geht es Ihnen mit der aktuellen Situation?
	Maintenance/ Nachhaltigkeit	Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie mit dem OncoCoaching [und der frühen palliativen Integration fortfahren] würden?	[Für IG: Was muss geschehen, um OnCoPaTh/die neue Versorgungsform weiter in die Arbeitsabläufe zu integrieren?]
Aktuelle Situation/Feedback: 10 Min		Abschluss: Damit sind wir am Ende unseres Interviews. Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen zum Interview? Wir würden das Interview gerne mit einer kurzen Feedbackrunde abschließen. Aufzeichnung beenden. Feedback: Bevor Sie gehen würden wir uns noch über ein kurzes Feedback zum Interview freuen:	

		Fand Sie es schwer oder leicht die Fragen zu beantworten? Hätten Sie sich mehr Zeit zur Bearbeitung oder Besprechung von Fragen gewünscht? Wir möchten uns sehr herzlich für Ihre Zeit bedanken. Sie haben uns einen wertvollen Input für unsere Studie gegeben.	

Leitfaden OC zum Zeitpunkt t7

Datum, Uhrzeit (Start, Ende, Dauer)	
Teilnehmende	

Zeit	Dimension	Leitfrage (Erzählanreiz)	Ergänzende Fragen (Probing)
Intro: 5 Min		Intro: Herzlich willkommen. Ich freue mich, dass wir uns noch mal für ein letztes Interview treffen! Das Interview werde ich wieder gemeinsam mit Frau Blattert vom WINHO durchführen. Bevor wir mit dem Interview starten würde ich gerne noch mal ein paar Dinge von Ihnen und über Ihre Person wissen: siehe Seite 1 die Dinge (Alter, …) Unser Anliegen: Wie bereits in meiner Mail an Sie geschildert, möchten wir durch das letzte Interview gerne noch einmal mehr über die fortlaufende Versorgung der OnCoPaTh-Studienpatient*innen in Ihrer Einrichtung erfahren. Und mit Blick auf das Ende der Studienphase Ende März OnCoPaTh aus Ihrer Sicht noch einmal Revue passieren lassen und reflektieren. Hinsichtlich der Versorgungssituation in Ihrer Einrichtung schauen wir uns dafür gleich gemeinsam einmal die Abbildung im digitalen	

		Whiteboard (Miro-Board) an, die Sie in den bisherigen Interviews erstellt haben und schauen, inwiefern sich über die Zeit etwas verändert hat. <u>Bevor wir starten:</u> Alle personenbezogenen Angaben (zu Ihnen, Patient*innen oder Kolleg*innen) werden in der Auswertung des Interviews anonymisiert. D.h. Ihre Aussagen werden nicht direkt mit Ihnen, oder Ihrer Einrichtung in Verbindung gebracht. Eine Rückverfolgung ist somit nicht möglich. Wir würden **das Interview** wieder gerne zu Auswertungszwecken **aufzeichnen**. Ist das für Sie i.O.? Haben Sie bis hierher noch Fragen? <u>Noch eine kurze Anmerkung meinerseits:</u> Ich arbeite an 2 Bildschirmen und mache mir während des Gesprächs noch ein paar Notizen nebenher, sodass es kann sein, dass ich zwischendurch mal nicht in die Kamera schaue. Dass Sie diesbzgl. einmal Bescheid wissen und sich nicht wundern bzw. davon bitte nicht irritieren lassen.	

Miro-Board (IST-Zustand): 10-15 Min.	Implementation - Fidelity - Dose - Adaptation - Differentiation	Dann blende ich Ihnen jetzt einmal die Abbildungen ein, die Sie oder die wir gemeinsam mit Ihnen im Rahmen der vorherigen Interviews entwickelt haben. Bzgl. des Miro-Board: Wenn Sie sich erinnern bzw. kurz noch einmal zur Erläuterung -> Tool Bar, Elemente auswählen, verschieben, beschriften. Neue Formen andere Farben möglich. Sie können hier nichts kaputt machen. *(Szenario Versorgungspraxis OnCoPaTh – IST-Zustand)* Aufgabe: Ich würde Sie nun bitten, sich die bisher erstellten Abbildungen einmal in Ruhe anzuschauen und zu reflektieren inwiefern sich die Versorgungsstrukturen der OnCoPaTh-Patient*innen in Ihrer Einrichtung verändert haben. → Dafür/Dann würde ich Sie noch einmal bitten eine neue Abbildung zu erstellen, welche die aktuelle Versorgungssituation von OnCoPaTh-Patient*innen in Ihrer Einrichtung widerspiegelt. / Alternative: Oder auch die letzte Abbildung hinsichtlich der veränderten Strukturen anzupassen	Punkte bzgl. der Abbildung: • (Veränderungen der) Anordnung der Pfeile (Richtung, Distanz zueinander, neu hinzugefügt/weggenommen…) • Beteiligte Personen im Rahmen der Versorgung • Einbindung von Angehörigen • Entwicklung der Patient*innen im Allgemeinen über die Zeit des Projektes • Inwiefern treten Sie mit den Akteuren/ Personen in Kontakt? • Können Sie dabei auf die Abläufe in Ihrer Praxis eingehen

<u>Fragen Soll-Zustand/Optimalversorgung</u> <u>OC:</u> 5-10 Min	Acceptance/Need for change	➔ Anmerkung: kein konkreten Patientenbezug nun mehr, sondern die „generelle“ Versorgungssituation der OnCoPaTh-Patient*innen in der Einrichtung **!** **Bitte erläutern Sie uns Ihre Darstellung!** → Können Sie uns bitte einmal die neue Abbildung, also die Versorgung der OnCoPaTh-Patient*innen in Ihrer Eirichtung erläutern. ➔ <u>Explizit zu der Veränderung über die Zeit:</u> Inwiefern hat sich die Versorgung der OnCoPaTh-Patient*innen in Ihrer Einrichtung seit dem letzten Interview verändert? Inwiefern hat sich - Ihre Rolle, - die der Ärzt*innen - die der Patient*innen - oder der palliativen Fachkräfte/KoPP seit dem letzten Interview/über die Projektlaufzeit verändert? <u>*(Szenario Versorgungspraxis OnCoPaTh – **SOLL-Zustand/Optimalversorguung**)*</u> Mit Blick auf die neue/angepasste Abbildung: Was würden Sie an der Rolle als OncoCoach in der Versorgungsstruktur, wie Sie bei Ihnen in der Einrichtung derzeit ist, ändern?	• Hat sich die Einbindung der Angehörigen verändert (bspw. bei Patient*innen, die Sie nun seit längerer Zeit betreuen)?

<u>Early Integration:</u> 5 Min	Palliative Versorgung/Frühintegration - Feasibility + Fidelity Feasibility → Participant responsiveness Acceptability Zeitpunkt	➔ Wenn ja: Wäre diese Veränderung wichtig, wenn es um eine Fortführung von OnCoPaTh ginge? Wie sähe Ihrer Vorstellung nach eine <u>optimale</u> Versorgung(-sstruktur/-umfeld) für die OnCoPaTh-Patient*innen aus? • Was müsste dafür geändert werden? • Welche weiteren Versorger*innen würden dafür eine Rolle spielen/Wären Ihres Erachtens notwendig bzw. sinnvoll? - Wie nah ist Ihres Erachtens die Versorgung mit dem OnCoPaTh an einer Optimalversorgung dran? <u>*Bzgl. der palliativen Versorgung:*</u> Inwiefern konnte rückblickend die frühe Integration der palliativen Versorgung (durch KoPP) für die OnCoPaTh-Patient*innen in Ihrer Einrichtung erfolgen/umgesetzt werden? Wie gut hat rückblickend die frühe Integration der palliativen Versorgung (durch KoPP) für die OnCoPaTh-Patient*innen in Ihrer Einrichtung funktioniert? Können Sie darüber berichten wie die frühe Integration der palliativen	Bezieht sich auf die Annahme dieses Interventionsbestandteils seitens des Personals/der Einrichtung (auch wenn bspw. es wenig interessierte Patient*innen gab) [*Adoption*] Wie wurde sie angesehen? → Als vorteilhaft/sinnvoll, nicht-vorteilhaft/nicht sinnvoll, angenehm

<u>Fragen Soll-Zustand KoPP:</u> 5 Min		Versorgung von den OnCoPaTh-Patient*innen (in Ihrer Einrichtung) angenommen wurde? Gerne einmal aus: • Sicht der Patient*innen und ihren Angehörigen sowie Aus der Sicht von Ihnen und Ihren Kolleg*innen/Onkolog*innen Wie erlebten aus Ihrer Sicht die OnCoPaTh-Patient*innen die frühe Einbindung der palliativen Versorgung? Wie ging es dem*der Patient*in in dieser (Versorgungs-)Situation bzw. mit ihrer*seiner Betreuung? Mit Blick auf den Projektverlauf: Wann wurde in der Regel das palliative Pflegefachpersonal (KoPP) in die Versorgung (der OnCoPaTh-Patient*innen) einbezogen? <u>*Bedarf zur frühen palliativen Integration (IST/SOLL-Zustand)*</u> Unter Berücksichtigung Ihrer Erfahrungen mit der palliativen Frühintegration im Rahmen des Projektes:	▪ Wie waren/sind Ihre Erfahrungen mit der frühen pall. Versorgung im Rahmen des Projektes? ▪ Wie wurde die palliative Versorgung im Rahmen des Projektes (im Vgl. zu Ihrem bisherigen Standard) umgesetzt? ▪ Welche Aufgabe oder Rolle würden Sie jetzt reflektierend der frühen palliativen Versorgung zuschreiben?

		Unter welchen Umständen bzw. wann würden Sie nun den Einbezug der palliativen Versorgung als frühzeitig bezeichnen? (vlt. auch in Bezug zur Abb. → Miro-Board) Wie hat sich **Ihr** Verständnis von „früher palliativer Versorgung“ durch das Projekt geändert? Wie hat sich (aus Ihrer Sicht) das Verständnis gegenüber der (frühen) palliative Versorgung **für die Studienpatient*innen** durch das Projekt geändert? Inwiefern konnte eine mögliche Barriere/Hemmschwelle, die gegenüber der palliativen Versorgung bzw. dem Begriff „palliativ“ besteht, abgebaut werden?	Inwiefern konnte bei den Patient*innen (und ihren Angehörigen) eine mögliche Hemmschwelle, die gegenüber einer palliativen Versorgung/dem Begriff „Palliativ“ besteht, reduziert bzw. abgebaut werden? ➔ Konnten die Patient*innen bzgl. des Begriffs „palliativ (e Versorgung)“ sensibilisiert werden? ➔ Adressierung des Punktes der Abschreckung des Begriffs „Palliativ“ bei den Patient*innen

Der Block hier: 10min	Implementation - Fidelity - Adaptation Konsile (Pat., KoPP. Ärzt*innen)	*Konsile/Interprofessionelle Zusammenarbeit:* *[Konsil OC-Pat.]* Wenn Sie an Ihre OncoCoaching-Gespräche denken: • Wie regelmäßig fanden die Konsile statt? • Wie sind die Coaching-Gespräche mit den Patient*innen abgelaufen? • Wie empfanden Sie die Gespräche? / Waren die Gespräche „erfolgreich“? / Wurden alle relevanten Informationen weitergeleitet bzw. ausgetauscht? • Wie haben sich die Coaching Gespräche über die Zeit verändert (Vgl. zu Beginn der Studie vs. nun gegen Ende)? [Konsil OC-KoPP] Gab es einen regelmäßigen Austausch bzw. Konsile zwischen Ihnen und der KoPP? → Falls nein: Wie hätten Sie sich einen Austausch gewünscht und vorgestellt? (Ablauf beschreiben lassen etc.) → Falls ja: • Wie regelmäßig fanden die Konsile statt? • Wie ist der Austausch zw. Ihnen und der KoPP abgelaufen? • Wie empfanden Sie die Gespräche? / Waren die Gespräche „erfolgreich“? /	• Wie sind die Coaching-Gespräche mit den Patient*innen abgelaufen? ▪ Telefonisch, Persönlich, …? ▪ Hatten Sie einen festgelegten Ablauf? ▪ Welche Hilfsmittel haben Sie genutzt?/Was bot Ihnen Hilfe? Welche Herausforderungen erleben Sie in der Zusammenarbeit mit den Patient*innen? • Wie ist der Austausch zw. Ihnen und der KoPP abgelaufen? ▪ Telefonisch, Persönlich, …? ▪ Hatten Sie einen festgelegten Ablauf? ▪ Welche Hilfsmittel haben Sie genutzt?/Was bot Ihnen Hilfe?

		Wurden alle relevanten Informationen weitergeleitet bzw. ausgetauscht? • Wie hat sich Ihre Zusammenarbeit mit der KoPP über die Zeit geändert? → Falls nein: • Können Sie sagen, warum dieser Austausch nicht stattgefunden hat?	Welche Herausforderungen erleben Sie in der Zusammenarbeit mit der KoPP?
		*[Konsil OC-Onkolog*in]* Wenn Sie an Ihre Austausche/ Konsile mit Ihrem*Ihrer Onkolog*in denken: • Wie regelmäßig fanden die Konsile statt? • Wie ist der Austausch abgelaufen? • Wie empfanden Sie die Gespräche? /Waren die Gespräche „erfolgreich“? / Wurden alle relevanten Informationen weitergeleitet bzw. ausgetauscht? • Was hat sich an Ihrer Zusammenarbeit mit der palliativen Pflegefachkraft /KoPP/Onkolog*in seit unserem letzten Interview geändert?	• Wie ist der Austausch abgelaufen? ▪ Telefonisch, Persönlich, …? ▪ Hatten Sie einen festgelegten Ablauf? ▪ Welche Hilfsmittel haben Sie genutzt?/Was bot Ihnen Hilfe? Welche Herausforderungen erleben Sie in der Zusammenarbeit mit Ihrem*Ihrer Onkolog*in?
		Gab es regelmäßige anderweitige Konsile (bspw. mit Hausärzt*innen, …)?	Welche Bedingungen/Elemente/… unterstützen die interprofessionelle Zusammenarbeit?

			Welche Herausforderungen erlebten Sie (im Allgemeinen) in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes?	
10 Min	Effectiveness	Am Ende des Projektes möchten wir aus verschiedenen Perspektiven darlegen, ob OnCoPaTh für die Beteiligten (gut) funktioniert hat und für die Patient*innen eine positive Wirkung hatte. → Welche Auswirkungen - für Patient*innen und ihre Angehörigen, - für Sie persönlich - für ihr berufliches Umfeld haben Sie beobachtet?	<u>Anschlussfrage:</u> Wie bewerten Sie diese Auswirkungen und woran machen die Ihre Einschätzungen fest? Gab es einen Schlüsselmoment oder eine Situation in der Sie gedacht haben „genau dafür hat sich die Mitwirkung am Projekt gelohnt“? Auf welche Erfahrungen hätten Sie rückblickend gern verzichtet? Wie schätzen Sie den Effekt von OnCoPaTh auf: • den patientenseitigen Informations- & Unterstützungsbedarf ein? • den Informations- & Unterstützungsbedarf der Angehörigen der Studienpatient*innen ein? • ungeplante Krankenhauseinweisungen und Notdienstkontakte der onkologischen Studienpatient*innen ein? • die Selbstbestimmtheit/Patientenkompetenz/Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität der Studienpatient*innen • die interdisziplinäre Zusammenarbeit (insb. mit der pall. Versorgung) ein? • die Entlastung für den*die Onkolog*in durch Ihre Tätigkeit als OC ein?

		Welche Auswirkungen von OnCoPaTh haben Sie besonders überrascht? / Womit haben Sie nicht gerechnet? ➔ Dies können sowohl positive als auch negative Dinge sein, die Sie an sich, ihrem Arbeitsumfeld oder bei Patienten und Ihren Angehörigen wahrgenommen haben.	<u>Ggf. noch als Nachfrage:</u> Wie hat die OnCoPaTh-Studie **Prozesse/Abläufe** in Ihrer Einrichtung (innovativ) beeinflusst? + Wie hat die Studie **die Zusammenarbeit** in Ihrer Einrichtung beeinflusst? (hinsichtlich sozialer Aspekte)
5-10 Min	Reach	Inwiefern haben wir mit der Studie die richtige Patientenpoluation **für die neue Versorgungsform OnCoPaTh** angesprochen? ➔ Inwiefern haben wir mit der Studie die richtigen Patient*innen für eine **frühe palliative Versorgung** angesprochen? Wie haben Sie Patient*innen rekrutiert? Wie lief die Rekrutierung ab? • Was **sind** Erfolgsfaktoren für die Rekrutierung?/ … wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Rekrutierung? • Was **sind** hemmende Faktoren für die Rekrutierung? Was hätte Sie rückblickend bei der Rekrutierung von Patient*innen anders gemacht?	Wie ist es Ihnen gelungen, Patient*innen für die Teilnahme gewinnen/überzeugen? Wie würden Sie (rückblickend) die Teilnahmebereitschaft für unter Ihren Patient*innen einschätzen?

		Was sollte man beachten, um Patient*innen im Versorgungsalltag für die Intervention OnCoPaTh zu gewinnen/zu halten? Wie würden Sie rückblickend bei den Studienpatient*innen den Bedarf für: - das OncoCoaching - eine frühe palliative Betreuung einschätzen?	
<5 Min	Implementation Outcomes (nach Kein et al. 2021)	Gibt es etwas, was ihnen am Gedanken, dass OnCoPaTh auch zukünftig Anwendung finden soll, gefällt? [Acceptability → nun eher Acceptance] [Appropriateness] Wenn Sie die Umsetzung der nVF in ihrer Einrichtung noch einmal in der Gesamtschau reflektieren, wie passend empfinden sie dann die nVF für Ihre Patienten? [Feasibility] Welche Erfahrungen haben Sie bzgl. der Umsetzung in Ihrer Einrichtung gemacht?	Was müsste geändert werden? An welchen Stellen mussten Sie etwas (an der nVf) verändern oder was konnten sie gar nicht realisieren und warum?

5-10 Min	„Adoption“ (bzw. eher schon Fortführung)	Welche Rolle haben Sie in der OnCoPaTh-Studie? Wie war das Commitment in Ihrer Einrichtung zur Umsetzung der OnCoPaTh-Studie? Wurde OnCoPaTh (das Projekt sowie die Einführung und Fortführung) in Ihrer Einrichtung priorisiert? Welche Empfehlung für notwendige **Rahmenbedingungen/Ressourcen** würden Sie anderen Einrichtungen und OCs mit auf den Weg geben, wenn diese sich zur Einführung/Umsetzung von OnCoPaTh entschieden haben? - Auf organisationaler Ebene = Einrichtung - Auf persönlicher Ebene = OC	Gibt es eine Person in Ihrer Einrichtung, die für die Umsetzung des Projektes (hauptsächlich) verantwortlich war? Sind Sie „am Ball geblieben“ bzgl. der Anwendung der nVf? <u>Ggf. Ressourcen:</u> • Zeit • Personal • Bereitschaft und „Freistellung“ der Vorgesetzten • Finanzielle Ressourcen • Interne Strukturen in der Einrichtung (Telematik, Arbeitsabläufe, Kolleg*innen) <u>Ggf. noch als Nachfrage</u>: Inwiefern sind/waren die notwendigen **Rahmenbedingungen/Ressourcen** für OncoCoaching [und frühe Integration der palliativen Pflege] in Ihrer Einrichtung gegeben? Welche **Unterstützung** hätten Sie sich zur Umsetzung des Projektes in Ihrer Rolle als OncoCoach/in Ihrer Einrichtung wünschen? Wer kann diese Unterstützung bieten?
5 Min	Hemmende- und Fördernde Faktoren	Mit Blick auf Ihre Aufgaben und Tätigkeit als OncoCoach [und Vermittler*in zwischen Onkolog*innen und palliativer Pflege]: - was lief gut?	Basierend auf Ihrer Erfahrung im Rahmen des OnCoPaTh-Projektes: Welche Hindernisse/Barrieren sehen Sie in der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und - anderen onkologischen Einrichtungen? - anderen hausärztlichen Einrichtungen?

		- wo sind Sie auf Herausforderungen gestoßen? Wo sehen Sie Optimierungspotenzial der nVf? Wenn Sie jetzt einmal an die gesamte Projektlaufzeit denken: Wie ging es Ihnen als OncoCoach ? Gab/Gibt es aus Ihrer Sicht - unvorhergesehene Einflüsse auf - unvorhergesehene Ergebnisse von OnCoPaTh?	→ Wie können diese Hindernisse/ Barrieren überwunden werden?
5-10 Min	Maintenance/ Nachhaltigkeit	Welche Bestandteile der OnCoPaTh-Studie [bzw. neuen Versorgungsform/des OnCoPaTh-Behandlungspfades] konnten/haben Sie in Ihre bestehenden Arbeitsabläufe aufnehmen/aufgenommen? • OncoCoaching • frühe Einbindung in die pall. Versorgung (durch KoPP) • Konsile – KoPP, Pat., Onkolog*in → interprofessionelle Zusammenarbeit + ggf. einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit (bspw. mit Hausärzt*inne, andere Versorger*innen) • [KAM] Planen Sie die neue Versorgungsform OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung nach offiziellem Ende der Studienphase Ende März zu übernehmen bzw. fortzusetzen? ➔ Welche Bestandteile der nVf planen Sie fortzuführen?	Gab es Bestandteile, die Sie mehr oder weniger genutzt haben?/ Welche Bestandteile haben Sie „wie viel“/mehr oder weniger genutzt? → Wenn ja: Gibt es bereits/wurde schon ein Plan für die Fortführung von (Elementen von) OnCoPaTh in Ihrer Einrichtung entwickelt?

			→ Wenn nein: Was muss/müsste geschehen, um OnCoPaTh/die neue Versorgungsform weiter in die Arbeitsabläufe zu integrieren?
5-10 Min	Abschließende Fragen/Fazit	<u>Corona:</u> Inwieweit hat die Corona-Pandemie das Projekt OnCoPaTh beeinflusst? <u>Learnings/Fazit:</u> Was nehmen Sie für sich aus dem Projekt OnCoPaTh als Learning(s) mit? Wenn Sie jetzt ein Fazit zur OnCoPaTh-Studie fällen müssten, wie sähe dies aus? → Also was ist - ihr persönliches Fazit - auf organisationaler Ebene - für Patient*innen zur Studie? Würden Sie das Konzept/die nVf OnCoPaTh weiterempfehlen? ▪ Wenn ja, warum? ▪ Wenn nein, warum nicht?	Wie hätte das Projekt ohne Corona ausgesehen? / Wie wäre das Projekt ohne Corona gewesen – was wäre anders gewesen? Wie hätte OnCoPaTh im Optimalfall ohne Corona laufen können? Welche Hürden gab es durch Corona im Rahmen von Oncopath für Sie/ in Ihrer Einrichtung? Warum sollten sich andere Einrichtungen dazu entschließen an OnCoPaTh teilzunehmen? Was spräche ihrer Meinung nach dagegen?

<u>Feedback/Fragen/Bedanken:</u> 5 Min		<u>Abschluss:</u> Damit sind wir am Ende unseres Interviews angekommen. Haben Sie noch Fragen? Dann würden wir einmal die Aufzeichnung beenden und das Interview gerne mit einer kurzen Feedbackrunde abschließen. <u>Feedback:</u> (Wie fanden Sie das Projekt? Wie erlebten Sie die Kommunikation mit Projektpartner*innen (bspw. AKS, der Evaluation also uns, …)?) Bevor Sie gehen würden wir uns noch über ein kurzes Feedback von Ihnen zum Interview freuen: Wie fanden Sie die Interviews insgesamt? (inbs. mit der Erstellung solch einer Abbildung im Miro) Fand Sie es schwer oder leicht die Fragen zu beantworten? Hätten Sie sich mehr Zeit zur Bearbeitung oder Besprechung von Fragen gewünscht? <u>Danksagung:</u> Wir möchten uns im Namen des gesamten Studienteams recht herzlich für Ihre Zeit und Ihr	

		Engagement im Rahmen des Projektes bedanken. Sie haben uns durch die Interviews (und natürlich auch durch die schriftlichen Befragungen) wertvollen Input für die Studie und insb. die Evaluation des Projektes gegeben. Wenn sich bei Ihnen noch Fragen ergeben, können Sie sich gerne jederzeit an uns oder auch an die Konsortialführung (den AKS) wenden.	

Leitfaden KoPPs zum Zeitpunkt t2

OnCoPaTh – OncoCoaching und frühe palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Leitfaden Einzelinterviews mit Palliativpflegefachpersonen

Teilnehmer/in: _____

Datum: _____

Ort: _____

Dauer: _____

INTRO

Herzlich willkommen zum heutigen Interview. Wir freuen uns, dass wir das Interview mit Ihnen durchführen können.

Da wir uns bisher nicht alle kennen, würde ich mit einer kurzen Vorstellungsrunde starten.

Mein Name ist Lisa Blattert, ich bin gelernte medizinische Fachangestellte, habe dann Gesundheitswissenschaften studiert und bin jetzt wissenschaftliche Mitarbeiterin beim WINHO (dem wissenschaftlichen Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen) und im Projekt OnCoPaTh ~~zusammen mit den Projektpartner*innen~~ für die Evaluation zuständig. Dann übergebe ich Ihnen **Frau NAME** das Wort.

- Interviewte (**NAME**)
    - Weiterbildungen, Aufgaben als Palliativpflegefachperson, Berufserfahrung, etc.
    - Für die Auswertung würden wir gerne das Durchschnittsalter der Befragten erfassen. Können Sie mir bitte Ihr Alter verraten?
- Lisa Tönnies

So dann komme ich noch kurz zu unserem Anliegen. Durch das Interview würden wir gerne herausfinden, wie sich die **Versorgung der Patient*innen in der ersten Studienphase gestaltet** hat, wie die **Zusammenarbeit mit Ihnen und den beteiligten Akteuren** abläuft und wie die **frühe palliative Versorgung aus Ihrer Sicht bewertet** wird.

Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich darauf hinweisen, dass alle personenbezogene Angaben in der Auswertung anonymisiert werden, sodass Ihre Person bzw. Ihre Einrichtung nicht mit Ihren Aussagen verknüpft werden kann. **Das bedeutet, dass eine Rückverfolgung nicht möglich ist**.

Wenn Sie damit einverstanden sich, würden wir das Interview gerne aufzeichnen. Damit wir es im Anschluss auswerten können.

Aufzeichnung beginnen (Zoom)

Dann komme ich zum ersten Frageblock

Einstieg (Szenario-Beschreibung)

Einstiegsfrage:

Können Sie mir beschreiben, wie die **Versorgung von Krebspatient*innen in Ihrer Einrichtung abläuft**? Denken Sie dabei an eine*n unheilbarkranken Krebspatient*in, den*die sie kürzlich im Rahmen von OnCoPaTh betreut haben (und der*die in das OnCoPaTh-Projekt eingeschlossen werden könnte).

Kategorie A: Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Ergänzende Fragen
Sie haben in Ihrem Szenario über ein Patient*innen-Beispiel berichten, können Sie mir bitte beschreiben, mit welchen **Personen und Akteuren** Sie im **Rahmen der Versorgung** in Ihrem Beispiel **zusammenarbeiten**?	Nachfrage Szenario	Welche Akteure (Fach-Ärzt*innen, Fachkräfte) und Personen sind beteiligt? (Denken Sie dabei an **alle Personen**, die an der Versorgung beteiligt sind.) Wie geht es der*dem Patient*in in Ihrem geschilderten Szenario? Welche Rolle nehmen Angehörige ein? Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Angehörige? Wie werden Angehörige in die Behandlung einbezogen? Wer ist sonst noch beteiligt? Bildet das geschilderte Szenario die Ausnahme oder ist es eher die Regel?
	Kontakt/Zusammenarbeit mit anderen Versorgern, Informationsaustausch, Barrieren und Hindernisse	Wie treten Sie mit den **Akteuren/ Personen** überhaupt in Kontakt? Wie läuft die Zusammenarbeit ab? Mit wem treten Sie überwiegend in Kontakt? Gibt es Unterschiede im **Kommunikationsverhalten** der beteiligten Akteure? Würden Sie mir von einem **Beispiel** erzählen, in der aus Ihrer Sicht die Kommunikation gut oder auch weniger gut gelungen ist? (Schwierigkeiten & Herausforderungen in der Kommunikation)

*Wie gestaltet sich die **Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und **onkologischen Einrichtungen/ hausärztlichen Einrichtungen**?*	Herausforderungen in der Zusammenarbeit, Hindernisse und Barrieren	*Welche Hindernisse/Barrieren sehen Sie in der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und onkologischen Einrichtungen/ hausärztlichen Einrichtungen?* ▪ *Wie können diese Hindernisse/ Barrieren überwunden werden?* Gibt es Kommunikationsprobleme? Wie gehen Sie damit um? ▪ In der Überleitung von Patient*innen ▪ In der Zusammenarbeit

Miro-Board: Frau Tönnies hat gerade im Hintergrund auf einem digitalen Whiteboard versucht, Ihr Beispiel grafisch darzustellen. Ich werde nun meinen Bildschirm teilen, damit wir uns das gemeinsam anschauen können. Nehmen Sie sich dazu gerne einen Augenblick Zeit.

Haben wir das geschilderte Szenario richtig verstanden und dargestellt?

Sind Sie mit der **Darstellung der Pfeile einverstanden**?

- Sollen die Pfeile noch näher/weiter verschoben werden?
- Soll die Pfeilrichtung angepasst werden?
- Soll die Farbe der einzelnen Pfeile angepasst werden?
- Haben Sie noch weitere Ergänzung?

Kategorie B: Versorgung von Krebspatient*innen

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Ergänzende Fragen
Können Sie bitte darüber berichten, wie Sie sich eine **optimale Versorgung** von unheilbar kranken Krebspatient*innen vorstellen? Wie sich Ihrer **Einrichtung** eine **optimale Versorgung** vorstellt?	Optimale Versorgung, wie schaut der Versorgungs-Alltag aus?	Welche Rolle nehmen dabei andere Akteure des Gesundheitswesens ein? Welche Heil- und Hilfsmittel sind von Bedeutung?
Aus wem soll Ihrer Meinung nach ein **Behandlerteam** für Krebspatient*innen bestehen? Können Sie mir bitte beschreiben, wer dabei welchen Teil zur Versorgung beiträgt?		Mit welchen Berufsgruppen des Gesundheitswesen arbeiten Sie zusammen, um Patient*innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung (angemessen) zu versorgen? Aus wem (welchen Akteuren) soll Ihrer Meinung nach ein palliatives **Pflegeteam** bestehen?
*Können Sie mir bitte Ihre **Haupt-aufgaben** bei der **Versorgung** von Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung nennen?*	Tätigkeiten (Aufgaben und Fähigkeiten/ Kompetenzen) Wissensweitergabe, interprofessionelle Zusammenarbeit	Aufgabenbereiche von Palliativpflegefachkräften

		Was sind Ihre Aufgaben bei der Betreuung von Krebspatient*innen am Lebensende?
Würden Sie bitte Ihre derzeitige Erfahrung mit der Versorgung von Krebspatient*innen am Lebensende beschreiben?		Seit wann sind Sie im palliativen Bereich tätig?
*Was sind (Ihrer Meinung) nach die wichtigsten **Fähigkeiten in der frühen Palliativversorgung**, die Palliativpflege-fachkräften erlernen müssen, um Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung in ihrer letzten Lebenszeit eine optimale Palliativ-versorgung zu gewährleisten?*		*Welche **Fähigkeiten** können Palliativ-mediziner/ Palliativpflegefachkräften in andere Fachgebiete einbringen, um Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung in ihrer letzten Lebenszeit eine optimale Versorgung zu bieten?*

Kategorie C: Early Palliative Care

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Ergänzende Fragen
Was verstehen Sie unter „**early Integration/ früher Integration“** der palliativen Versorgung?	Persönliches Verständnis: Haltung, Einstellungen, Erfahrungen	Wie bewerten Sie early Integration/frühe Integration der palliativen Versorgung? Wann war Ihr erster Kontakt mir ECP? Was hat sich seither verändert?
Was bedeutet der Begriff **early Integration/ frühe Integration** der palliativen Versorgung in Ihrer **Einrichtung**?	Verständnis in der Einrichtung: Haltung, Einstellungen, Erfahrungen	Gibt es in ihrer Einrichtung eine einheitliche „Definition“/ Verständnis darüber, wie im Sinne der frühen Integration Krebspatient*innen behandelt bzw. versorgt werden sollen?
Können Sie mir bitte erzählen, zu welchem **Zeitpunkt** Sie in der Regel in die Versorgung von Krebspatient*innen **hinzugezogen** werden?	Überweisung in die palliativ Versorgung	Wie bewerten Sie diesen Zeitpunkt? Was sind Ihre Ansichten über die **Zeitspanne zwischen** der **Überweisung** zur Palliativversorgung und dem **Übergang** in die Palliativversorgung? (Überweisungsquellen, Überweisungs-kriterien)
Worin sehen Sie Barrieren/ Herausforderungen in der Inanspruchnahme von palliativer Versorgung?		In Bezug auf: - Patient*innen/Angehörige - Ärzt*innen/onkologische Einrichtung

Kategorie D: Prozessevaluation		
*Wie haben Sie die **Teilnahme** am Projekt sowie den **Projektstart** erlebt?* *Gab es für Sie **Herausforderungen** (Schwierigkeiten) bei der Teilnahme des Projektes?* *Welche **Rahmenbedingungen** mussten geschaffen werden?* *(Für Implementierung in Regelversorgung)*	Teilnahme, Anstellung, Vergütung, Einführung	▪ *Welche Hürden haben Sie erlebt?* o *Wie bzw. was könnte besser gestaltet werden?* ▪ *Wie könnte die Intervention in die Regelversorgung implementiert werden?* ***Schulung und Implementierung:*** ▪ *Haben Sie das Gefühl, dass Sie ausreichend vorbereitet wurden?* ▪ *Was hätten Sie sich anders gewünscht?*
Erfahrungen im Projekt:	*Wenn palliative Pflegekonsile und OC-Gespräche bereits geführt wurden.*	
Durchführung **palliatives Pflegekonsil** sowie **Austausch mit OncoCoaches**/ onkologische Einrichtung Haben Sie bereits ein **palliatives Pflegekonsil** (Erst-, Folgegespräch) geführt? Haben Sie schon **Konsile** über Patient*innen mit **OncoCoaches** geführt?	Erfahrungen, Durchführung der Intervention, palliatives Pflegekonsil, Konsil mit OC	Wenn Patient*in/ OC-Konsile: Denken Sie an Ihr letztes Konsil mit dem OC/Patient*in: ▪ Wie haben Sie das **jeweilige** Konsil erlebt? ▪ Welche Vorbereitungen haben Sie für das Konsil getroffen? ▪ Wie ist das Konsil abgelaufen? ▪ Wann und unter welchen Umständen wurde das Konsil durchgeführt? ▪ Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit dem OC beschreiben? ▪ Gibt es Dinge, die Sie beim nächsten Konsil gerne ändern würden? ▪ Wie läuft die Abstimmung ab? Wurden Ihnen alle relevanten Informationen über den/die Patient*in übermittelt?

Abschluss

Wir kommen nun langsam zum **Ende des Interviews**.

Ich möchte mich nochmals ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken und möchte fragen, ob es von Ihrer Seite aus noch irgendwelche **wichtigen Themen** gibt, die Sie ansprechen möchten oder ob Sie sonst noch **Fragen** haben?

Feedback-Runde ***Ich hätte noch 2,3 Fragen zum Abschluss an Sie.***	▪ *Wie war es für Sie die gestellten Fragen zu beantworten? (einfach/schwer/unangenehm)* ▪ *Wie war es für Sie digital am Interview teilzunehmen?*

(Bevor wir uns verabschieden, würden wir noch eine kurze Feedback-Runde machen.)	▪ ***Miro-Board:*** *Könnten Sie sich vorstellen bspw. zur Darstellung der Versorgung von Patient*innen selbst auf dem Miro-Board tätig zu werden?*

Leitfaden KoPPs zum Zeitpunkt t4

OnCoPaTh – OncoCoaching und frühe palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Leitfaden Einzelinterviews mit Palliativpflegefachpersonen

Teilnehmer/in: _____

Datum: _____

Ort: _____

Dauer: _____

INTRO

Herzlich willkommen zum heutigen Interview. Wir freuen uns, dass wir das Interview mit Ihnen durchführen können. Das Interview werde ich gemeinsam mit Herr Melcher vom BKG führen.

Da wir uns bisher nicht alle kennen, würde ich mit einer kurzen Vorstellungsrunde starten.
Dann übergebe ich Ihnen **Frau/Herr XXX** das Wort.

- Interviewte (Frau/Herr XXX)
    - Weiterbildungen, Aufgaben als Palliativpflegefachperson, Berufserfahrung, etc.
    - Für die Auswertung würden wir gerne das Durchschnittsalter der Befragten erfassen. Können Sie mir bitte Ihr Alter verraten?
    - Vorstellung Moritz (Studium etc., Funktion im Projekt)

So dann komme ich noch kurz zu unserem Anliegen. Durch das Interview würden wir gerne herausfinden, wie sich die **Versorgung der Patient*innen in der aktuellen Studienphase gestaltet.** Dafür schauen wir uns gleich gemeinsam die Abbildung, die beim letzten Interview entstanden ist, an und schauen ob sich etwas geändert hat.
Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich darauf hinweisen, dass alle personenbezogene Angaben in der Auswertung anonymisiert werden, sodass Ihre Person bzw. Ihre Einrichtung nicht mit Ihren Aussagen verknüpft werden kann. **Das bedeutet, dass eine Rückverfolgung nicht möglich ist**.

Wenn Sie damit einverstanden sich, würden wir das Interview gerne aufzeichnen. Damit wir es im Anschluss auswerten können.

Aufzeichnung beginnen (Zoom)

Dann komme ich zum ersten Frageblock

Einstieg (Szenario-Beschreibung)

Einstiegsfrage:

(Können Sie mir beschreiben, wie die **Versorgung von Krebspatient*innen in Ihrer Einrichtung abläuft**?) Denken Sie (dafür) an eine*n Krebspatient*in, den*die Sie kürzlich im Rahmen von OnCoPaTh betreut haben. (oder falls notwendig: der*die in das OnCoPaTh-Projekt eingeschlossen werden könnte).

Kategorie A: Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit

Leitfrage	**Inhaltliche Aspekte**	**Ergänzende Fragen**
Sie haben in Ihrem Szenario über ein Patient*innen-Beispiel berichten, können Sie mir bitte beschreiben, mit welchen **Personen und Akteuren** Sie im **Rahmen der Versorgung** in Ihrem Beispiel **zusammenarbeiten**?	Nachfrage Szenario	Welche Akteure (Fach-Ärzt*innen, Fachkräfte) und Personen sind beteiligt? (Denken Sie dabei an **alle Personen**, die an der Versorgung beteiligt sind.) Wie geht es der*dem Patient*in in Ihrem geschilderten Szenario?
Wir ergänzen oder streichen nun gemeinsam die beteiligten Personen, Fachkräfte bzw. unterstützenden Elemente in der Abbildung und passen das Schaubild gemeinsam mit Ihnen so an, dass Sie im Anschluss beschreiben können, wie die Versorgung dieser*dieses Krebspatient*in in Ihrer Einrichtung abläuft. Bitte erläutern Sie Ihre Darstellung! Was hat sich in der Versorgung der*des Krebspatient*in seit dem letzten Interview verändert? **Wenn genannt:** Inwiefern hat sich die Rolle des OCs/Onkolog*in verändert?		Welche Rolle nehmen Angehörige ein? Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Angehörige? Wie werden Angehörige in die Behandlung einbezogen? Wer ist sonst noch beteiligt? Bildet das geschilderte Szenario die Ausnahme oder ist es eher die Regel?
	Kontakt/Zusammenarbeit mit anderen Versorgern, Informationsaustausch, Barrieren und Hindernisse	Wie treten Sie mit den **Akteuren/ Personen** überhaupt in Kontakt? Wie läuft die Zusammenarbeit ab? Mit wem treten Sie überwiegend in Kontakt? Gibt es Unterschiede im **Kommunikationsverhalten** der beteiligten Akteure? Würden Sie mir von einem **Beispiel** erzählen, in der aus Ihrer Sicht die

		Kommunikation gut oder auch weniger gut gelungen ist? (Schwierigkeiten & Herausforderungen in der Kommunikation)
*Was hat sich in der **Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und der **onkologischen Einrichtung/ OC / hausärztlichen Einrichtung** geändert?* ***Oder:** Wie gestaltet sich die **Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und **onkologischen Einrichtungen/ hausärztlichen Einrichtungen**?*	Herausforderungen in der Zusammenarbeit, Hindernisse und Barrieren	*Welche Hindernisse/ Barrieren sehen Sie in der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und onkologischen Einrichtungen/ hausärztlichen Einrichtungen?* ▪ *Wie können diese Hindernisse/ Barrieren überwunden werden?* Gibt es Kommunikationsprobleme? Wie gehen Sie damit um? ▪ In der Überleitung von Patient*innen ▪ In der Zusammenarbeit

Miro-Board: Haben wir das geschilderte Szenario richtig verstanden und dargestellt? Sind Sie mit der **Darstellung der Pfeile einverstanden**? - Sollen die Pfeile noch näher/weiter verschoben werden? - Soll die Pfeilrichtung angepasst werden? - Soll die Farbe der einzelnen Pfeile angepasst werden? - Haben Sie noch weitere Ergänzung?	**Probing-Fragen (wenn notwendig):** - Können Sie bitte (genauer) auf die Abläufe in Ihrer Einrichtung eingehen? - Warum fällt dieser Pfeil/ Akteur*in weg? - Sie haben die Pfeile näher zusammen-gerückt/ voneinander entfernt, können Sie beschreiben, was sich hier verändert hat? - Inwiefern treten Sie mit den Personen in Kontakt? - Hat die "neue" Ausrichtung der Pfeile eine Bedeutung?

Kategorie B: Versorgung von Krebspatient*innen

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Ergänzende Fragen
Sie haben uns beim letzten Interview beschrieben, wie Sie sich eine **optimale Versorgung** von unheilbar kranken Krebspatient*innen vorstellen, hat sich dazu etwas geändert? Können Sie uns das nochmals nennen? Inwiefern beschreibt das genannte Szenario Ihrer Vorstellung einer **optimale Versorgung** von unheilbar kranken Krebspatient*innen?	Optimale Versorgung, wie schaut der Versorgungs-Alltag aus?	Welche Rolle nehmen dabei andere Akteure des Gesundheitswesens ein? Welche Heil- und Hilfsmittel sind von Bedeutung?

Aus wem soll Ihrer Meinung nach ein **Behandlerteam** für Krebspatient*innen bestehen? Können Sie mir bitte beschreiben, wer dabei welchen Teil zur Versorgung beiträgt?		Mit welchen Berufsgruppen des Gesundheitswesen arbeiten Sie zusammen, um Patient*innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung (angemessen) zu versorgen? Aus wem (welchen Akteuren) soll Ihrer Meinung nach ein palliatives **Pflegeteam** bestehen?
Was sind Ihre **Aufgaben** bei der Betreuung/Versorgung von Krebspatient*innen am Lebensende im Projekt OnCoPaTh?	Tätigkeiten (Aufgaben und Fähigkeiten/ Kompetenzen) Wissensweitergabe, interprofessionelle Zusammenarbeit	Aufgabenbereiche von Palliativpflegefachkräften *Können Sie mir bitte Ihre **Haupt-aufgaben** bei der **Versorgung** von Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung nennen?*
		Seit wann sind Sie im palliativen Bereich tätig?
*Was sind (Ihrer Meinung) nach die wichtigsten **Fähigkeiten in der frühen Palliativversorgung**, die Palliativpflege-fachkräften erlernen müssen, um Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung in ihrer letzten Lebenszeit eine optimale Palliativ-versorgung zu gewährleisten?*		*Welche **Fähigkeiten** können Palliativ-mediziner/ Palliativpflegefachkräften in andere Fachgebiete einbringen, um Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung in ihrer letzten Lebenszeit eine optimale Versorgung zu bieten?*

Kategorie C: Early Palliative Care

Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Ergänzende Fragen
Was verstehen Sie unter „**early Integration/ früher Integration“** der palliativen Versorgung?	Persönliches Verständnis: Haltung, Einstellungen, Erfahrungen	Wie bewerten Sie early Integration/frühe Integration der palliativen Versorgung? Wann war Ihr erster Kontakt mir ECP? Was hat sich seither verändert?
Können Sie mir bitte erzählen, zu welchem **Zeitpunkt** Sie in der Regel in die Versorgung von	Überweisung in die palliativ Versorgung	Wie bewerten Sie diesen Zeitpunkt? Was sind Ihre Ansichten über die **Zeitspanne zwischen** der **Überweisung** zur Palliativversorgung

Krebspatient*innen **hinzugezogen** werden?		und dem **Übergang** in die Palliativversorgung? (Überweisungsquellen, Überweisungs-kriterien)
Worin sehen Sie Barrieren/ Herausforderungen in der Inanspruchnahme von palliativer Versorgung?		In Bezug auf: - Patient*innen/Angehörige - Ärzt*innen/onkologische Einrichtung

Kategorie D: Prozessevaluation		
Rahmenbedingungen: *Welche Rahmenbedingungen sind aus Ihrer Sicht für die frühe Integration der palliativen Versorgung (KoPP) und OncoCoaching notwendig?* *Welche Rolle haben Sie in der OnCoPaTh-Studie?* *Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen alles Notwendige für Ihre Tätigkeit als KoPP zur Verfügung steht?*	Teilnahme, Anstellung, Vergütung, Einführung	*Welche Hürden haben Sie erlebt?* ▪ *Wie bzw. was könnte besser gestaltet werden?* *Wie könnte die Intervention in die Regelversorgung implementiert werden?* ***Schulung und Implementierung:*** *Haben Sie das Gefühl, dass Sie durch die Schulung ausreichend auf Ihre Rolle als KoPP vorbereitet wurden?* *Gibt es etwas, dass Sie sich anders gewünscht hätten?*
Erfahrungen im Projekt:		
Durchführung **palliatives Pflegekonsil** sowie **Austausch mit OncoCoaches**/ onkologische Einrichtung Haben Sie bereits ein **palliatives Pflegekonsil** (Erst-, Folgegespräch) geführt? Haben Sie schon **Konsile** über Patient*innen mit **OncoCoaches** geführt? *Gab es schon einen Austausch zwischen Ihnen und dem OncoCoach? Falls noch kein Austausch erfolgt ist:*	Erfahrungen, Durchführung der Intervention, palliatives Pflegekonsil, Konsil mit OC	**Wenn Patient*in/ OC-Konsile:** Denken Sie an Ihr letztes Konsil mit dem OC/Patient*in: ▪ Wie haben Sie das **jeweilige** Konsil erlebt? ▪ Welche Vorbereitungen haben Sie für das Konsil getroffen? ▪ Wie ist das Konsil abgelaufen? ▪ Wann und unter welchen Umständen wurde das Konsil durchgeführt? ▪ Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit dem OC beschreiben? ▪ Gibt es Dinge, die Sie beim nächsten Konsil gerne ändern würden? ▪ Wie läuft die Abstimmung ab? Wurden Ihnen alle relevanten Informationen über den/die Patient*in übermittelt? Welche Herausforderungen erleben Sie in der Tätigkeit als KoPP?

Können Sie bitte beschreiben, warum dieser Kontakt bisher nicht zustande gekommen ist? *Was erleben Sie als **Unterstützung** in Ihrer Tätigkeit als KoPP?*		Welche Herausforderungen erleben Sie in der Zusammenarbeit mit dem OncoCoach/ onkologischen Einrichtung?
Wie würden Sie bei den eingeschlossenen Patient*innen den Bedarf für **OncoCoaching** einschätzen? Wie würden Sie bei den eingeschlossenen Patient*innen den Bedarf für eine **frühe palliative Betreuung** einschätzen?		Inwiefern sprechen wir mit der Studie die richtigen Patient*innen für eine frühe palliative Versorgung an?
Mit Blick auf Ihre **Aufgaben und Tätigkeit** als KoPP: Was läuft bisher gut, oder wo sind Sie bisher auf Herausforderungen gestoßen?		
Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie mit dem OncoCoaching [und der frühen palliativen Integration fortfahren] würden?		[Für IG: Was muss geschehen, um OnCoPaTh/die neue Versorgungsform weiter in die Arbeitsabläufe zu integrieren?]

Abschluss

Wir kommen nun langsam zum **Ende des Interviews**.

Ich möchte mich nochmals ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken und möchte fragen, ob es von Ihrer Seite aus noch irgendwelche **wichtigen Themen** gibt, die Sie ansprechen möchten oder ob Sie sonst noch **Fragen** haben?

Feedback-Runde ***Ich hätte noch 2,3 Fragen zum Abschluss an Sie.*** *(Bevor wir uns verabschieden, würden wir noch eine kurze Feedback-Runde machen.)*	▪ *Wie war es für Sie die gestellten Fragen zu beantworten? (einfach/schwer/unangenehm)* ▪ *Wie war es für Sie digital am Interview teilzunehmen?* ▪ ***Miro-Board:** Könnten Sie sich vorstellen bspw. zur Darstellung der Versorgung von Patient*innen selbst auf dem Miro-Board tätig zu werden?*

Leitfaden KoPPs zum Zeitpunkt t7

OnCoPaTh – OncoCoaching und frühe palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen

Leitfaden Einzelinterviews mit Palliativpflegefachpersonen

Teilnehmer/in: _____

Datum: _____

Ort: _____

Dauer: _____

INTRO

Herzlich willkommen zum heutigen Interview. Wir freuen uns, dass wir das letzte Interview im Rahmen von OnCoPaTh mit Ihnen durchführen können. Das Interview werde ich wieder gemeinsam mit Herr Melcher vom BKG führen.

Können Sie uns vorab nochmals ein paar Informationen zu Ihrer Person geben:

- Geburtsjahr oder Alter (Für die Auswertung würden wir gerne das Durchschnittsalter der Befragten erfassen)
- Ausbildung/Studium
- Fort- und Weiterbildungen (Zusatzqualifikationen)
- Berufserfahrung in Jahre, etc.
- (Aufgaben als Palliativpflegefachperson)

Dann komme ich noch zu unserem **Anliegen**:
Wie bereits in der E-Mail erwähnt, möchten wir gerne mehr über die fortlaufende Versorgung(ssituation) der OnCoPaTh-Patient*innen in Ihrer Einrichtung erfahren. Dazu werden wir uns noch einmal gemeinsam die Abbildungen auf dem digitalen Whiteboard (Miro-Board) der letzten Interviews anschauen. Um herauszufinden, ob sich etwas im zeitlichen Verlauf verändert hat.
Da sich die Studienphase von OnCoPaTh Ende März dem Ende neigt, möchten wir die Studie gemeinsam mit Ihnen nochmals Revue passieren lassen.
Des Weiteren würden wir gerne wissen, ob und inwiefern Sie eine Fortführung der neuen Versorgungsform OnCoPaTh nach offiziellem Studienende planen.

Hinweis Datenschutz:
Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich darauf hinweisen, dass alle personenbezogene Angaben in der Auswertung anonymisiert werden, sodass Ihre Person bzw. Ihre Einrichtung nicht mit Ihren Aussagen verknüpft werden kann. Das bedeutet, dass eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Hinweis Aufzeichnung:
Wenn Sie damit einverstanden sich, würden wir das Interview gerne aufzeichnen. Damit wir es im Anschluss auswerten können.

Haben Sie bis hierhin noch Fragen oder Anmerkungen?

Aufzeichnung beginnen (Zoom)

Dann komme ich zum ersten Frageblock

Kategorie A: Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit		
Leitfrage	**Inhaltliche Aspekte**	**Ergänzende Fragen**
Wir blenden Ihnen gleich die bereits erstellten Abbildungen auf dem Miro-Board ein und bitten Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen alles in Ruhe anzuschauen. Geben Sie uns gerne Bescheid, wenn Sie so weit sind. **!!MIRO-BOARD TEILEN!!** Inwiefern hat sich in der Versorgungsstruktur der Krebspatient*innen im Rahmen von **OnCoPaTh** in Ihrer Einrichtung etwas geändert? (→ Wir **erstellen** mit Ihnen gemeinsam eine **neue Abbildung,** dafür „zoomen“ wir einmal raus und schauen uns die Versorgung im Allgemeinen an und keinen konkreten Patient*innenbezug) **Bitte erläutern Sie Ihre Darstellung!** Was hat sich in der Versorgung der Krebspatient*innen seit dem letzten Interview verändert? (**Wenn genannt:** Inwiefern hat sich die Rolle des OCs/Onkolog*in verändert?)	Nachfrage Szenario	Wenn keine neue Abbildung erstellt wird, aber Anpassungen: ▪ Veränderungen der Pfeile (Distanz, Ergänzungen, Entfernungen) ▪ Beteiligte Akteur*innen ▪ Beteiligung von Angehörigen ▪ Entwicklung der Patient*innen über den Zeitverlauf ▪ Hat die "neue" Ausrichtung der Pfeile eine Bedeutung? Welche Akteure (Fach-Ärzt*innen, Fachkräfte) und Personen sind beteiligt? Mit welchen Berufsgruppen des Gesundheitswesens arbeiten Sie zusammen, um Patient*innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung (angemessen) zu versorgen? Gibt es Veränderungen in den Aufgaben/Rollen seit dem letzten Interview bei: ▪ KoPP selbst ▪ OncoCoach ▪ Patient*innen/Angehörige ▪ Onkolog*in
*Welche **Hindernisse/ Barrieren** sehen Sie in der **Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und onkologischen Einrichtungen/ ~~hausärztlichen Einrichtungen~~?* ▪ *Wie können diese Hindernisse/ Barrieren überwunden werden?* Inwiefern bestehen Kommunikationsprobleme? Welche Verbesserungen /entstandene Ressourcen sehen in der Zusammenarbeit mit Ihnen und onkologischen Einrichtungen/ OncoCoach?	Herausforderungen in der Zusammenarbeit, Hindernisse und Barrieren	*Was hat sich in der **Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und der **onkologischen Einrichtung/ OC / ~~hausärztlichen Einrichtung~~** geändert?* ***Oder:** Wie gestaltet sich die **Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und **onkologischen Einrichtungen/ hausärztlichen Einrichtungen**?*
Inwiefern treten Sie mit den genannten Personen und Akteur*innen in Kontakt? Wie treten Sie mit den **Akteuren/ Personen** überhaupt in Kontakt? Wie läuft die Zusammenarbeit ab? (OC/Onkolog*in/Akteure)	Kontakt/Zusammenarbeit mit anderen Versorgern, Informationsaustausch,	Gibt es Unterschiede im **Kommunikationsverhalten** der beteiligten Akteure? Würden Sie mir von einem **Beispiel** erzählen, in der aus Ihrer Sicht die Kommunikation gut oder auch weniger gut gelungen ist? (Schwierigkeiten &

Mit wem treten bzw. haben Sie überwiegend in Kontakt?	Barrieren und Hindernisse	Herausforderungen in der Kommunikation)
Welche **Bedingungen** unterstützen Ihrer Meinung nach die **interprofessionelle Zusammenarbeit**? Welche **Vorteile (oder auch Nachteile)** sehen Sie in der Arbeit eines **interprofessionellen Teams**? Worin sehen Sie **Hürden** in der interprofessionellen Zusammenarbeit? Inwiefern denken Sie, dass **Angehörige** Teil eines interprofessionellen Teams sind?	Interprof. Zusammenarbeit Interprof. Teams	Welche **Faktoren/Bedingungen** benötigt es Ihrer Meinung nach, damit eine **inter-professionelle Zusammenarbeit** gut gelingt? Welche Rolle nehmen Ihrer Meinung nach die **Angehörigen** in einem interprofessionellen Team ein? ○ Wie wird die Integration von Angehörigen auf Augenhöhe gewährleistet?

MIRO-BOARD:

Haben wir das geschilderte Szenario richtig verstanden und dargestellt?

Sind Sie mit der **Darstellung der Pfeile einverstanden**?

- Sollen die Pfeile noch näher/weiter verschoben werden?
- Soll die Pfeilrichtung angepasst werden?

Haben Sie noch weitere Ergänzung?

Kategorie B: Versorgung von Krebspatient*innen		
Mit Blick auf Ihre aktuelle Abbildung – was sind Ihre Vorstellungen einer **optimalen Versorgung** für Krebspatient*innen der OnCoPaTh-Studie? Wie nah ist Ihres Erachtens die Versorgung mit dem OnCoPaTh an einer Optimalversorgung dran?	Optimale Versorgung, Versorgungs-Alltag	***Anpassungen auf dem Miro-Board:*** - *Inwiefern möchten Sie die Abbildung verändern?* - *Welche Personen/Akteur*innen sollen ergänzt/gestrichen werden?* Inwiefern beschreibt das genannte Szenario Ihrer Vorstellung einer **optimalen Versorgung** von unheilbar kranken Krebspatient*innen? Aus wem soll Ihrer Meinung nach ein **Behandlerteam** für Krebspatient*innen bestehen? / Wer sollte Teil des Behandlerteams sein?
Mit Blick auf die Versorgungsstruktur (Ihre Abbildung) der Patient*innen – Was würden Sie an Ihrer Rolle als KoPP verändern?	Veränderungen	

*Welche **Fähigkeiten** können Personen der palliativen Versorgung/Palliativpflegefachkräften in andere **Fachgebiete** einbringen, um Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung in ihrer absehbaren Lebenszeit eine optimale Versorgung zu bieten?* ▪ *speziell in Bezug zum OnCoPaTh-Projekt* ▪ *generell (in der allgemeinen Versorgung)*	Fähigkeiten	*Was sind (Ihrer Meinung) nach die wichtigsten **Fähigkeiten in der frühen Palliativversorgung**, die Palliativpflege-fachkräften erlernen müssen, um Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung in ihrer absehbaren Lebenszeit eine optimale Palliativversorgung zu gewährleisten?* ▪ *speziell in Bezug zum OnCoPaTh-Projekt* ▪ *generell*
Was zählt zu den Aufgaben(-bereichen) von Palliativpflegefachkräften in der Versorgung von Krebspatient*innen am Lebensende? Was zählt zu Ihren Aufgaben (-bereichen) in der Versorgung von Krebspatient*innen am Lebensende?	Aufgabengebiet	*Können Sie mir bitte Ihre **Hauptaufgaben** bei der **Versorgung** von Patient*innen mit einer (unheilbaren) Krebserkrankung nennen?* ➔ *Siehe Kommentar*
!TEILEN BEENDEN!		

Kategorie C: Palliative Versorgung / Early Integrationen		
Mit Blick auf den Projektverlauf: Wann wurden Sie i.d.R. als KoPP in die Versorgung (der OnCoPaTh-Patient*innen) einbezogen? (Können Sie uns etwas über den Zeitpunkt nennen?)	Einbezug in die palliative Versorgung	Können Sie mir bitte erzählen, zu welchem **Zeitpunkt (der Versorgung/Erkrankung)** Sie in die Versorgung von OnCoPaTh-Krebspatient*innen **hinzugezogen** werden?
Hat sich durch OnCoPaTh etwas an Ihrer Vorstellung und/oder Einstellung zur frühen palliativen Versorgung geändert? Wie bewerten Sie early Integration/frühe Integration der palliativen Versorgung im Rahmen von OnCoPaTh? → Wie „gut“ hat es im Rahmen des Projektes funktioniert?	Persönliches Verständnis: Haltung, Einstellungen, Erfahrungen	Was verstehen Sie unter „**early Integration/ früher Integration**“ der palliativen Versorgung? Wann war Ihr erster Kontakt mit der frühen palliativen Versorgung? Was hat sich seither verändert?
Können Sie einschätzen inwiefern sich für ▪ die Patient*innen ▪ die Angehörige ▪ den OncoCoach ▪ die onkologische Einrichtung etwas im Verständnis gegenüber der palliativen Versorgung geändert hat?	Verständnis Abbau von Hürden	Abbauen der **Hemmschwelle/Barriere** gegenüber der palliativen Versorgung: Inwiefern konnte eine mögliche **Barriere/Hemmschwelle**, die gegenüber der palliativen Versorgung bzw. dem Begriff „palliativ“ besteht, abgebaut werden?

Worin sehen Sie **Barrieren/ Herausforderungen** in der Inanspruchnahme von palliativer Versorgung? ▪ Bzgl. des OnCoPaTh-Projektes ▪ Generell *(in der allgemeinen Versorgung)*	Barrieren	In Bezug auf: - Patient*innen/Angehörige - Ärzt*innen/onkologische Einrichtung
Wie erleben Sie das Thematisieren des Sterbens mit den Beteiligten?		Mit Patient*innen, Angehörige und OncoCoach
Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach die Lebensqualität von Krebspatient*innen? → positiv & negativ	Lebensqualität	Was wünschen Sich Patient*innen bzgl. ihrer Lebensqualität bei metastasierender Erkrankung?

Kategorie D: Projekt OnCoPaTh		
<u>Mit Blick auf den Projektverlauf und Ihre Aufgaben als KoPP:</u> Können Sie uns über Ihre **palliativen Konsile** mit den **Patient*innen** berichten? ▪ Wie sind die palliativen Konsile abgelaufen? (persönlich/telefonisch) / Wer war beim Konsil anwesend? ▪ Wann und unter welchen Umständen wurde das palliative Konsil durchgeführt? ▪ Welche Vorbereitungen haben Sie für das palliative Konsil getroffen? ▪ Haben Sie alle relevanten Informationen über die Patient*innen erhalten? ▪ Welche **Herausforderungen** haben Sie während der palliativen Konsile erlebt? ▪ Wie empfanden Sie die Konsile? ▪ Waren die Gespräche I.M.n. „erfolgreich“? ▪ Wie haben sich die Konsile über die Zeit verändert (Vgl. zu Beginn der Studie vs. nun gegen Ende)?	Konsile mit Patient*innen Ablauf etc.	Wie viele Patient*innen haben Sie im Rahmen von OnCoPaTh betreut? Anzahl der Patient*innen anderer KoPPs in Ihrer Einrichtung? Wie regelmäßig fanden die Gespräche statt? Welche Barrieren/Herausforderungen haben während der Konsile mit den Patient*innen erlebt? Welche **Herausforderungen** gab es in der Zusammenarbeit mit Patient*innen / **Angehörigen**?
Haben Sie **Konsile** über Patient*innen mit Ihrem **OncoCoach** geführt? ▪ Wie sind die Konsile abgelaufen? (persönlich/telefonisch) ▪ Wann und unter welchen Umständen wurde das Konsil durchgeführt? ▪ Welche Vorbereitungen haben Sie für das Konsil getroffen?	Konsile mit OncoCoach Ablauf etc.	**Falls <u>nein</u>:** ▪ *Warum ist der Kontakt zum OC nicht zustande gekommen ist?* ▪ *Können Sie uns bitte beschreiben, wie Sie sich die Zusammenarbeit vorgestellt und gewünscht haben? (Wie wären Ihrer*

▪ Wie regelmäßig fand der Austausch mit dem OC statt? ▪ Wie empfanden Sie die Konsile mit dem OC? ▪ Waren die Gespräche „erfolgreich“? ▪ Wie hat sich Ihre Zusammenarbeit mit dem OC über die Zeit verändert?		*Vorstellung nach die Konsile abgelaufen?)* Welche **Barrieren/Herausforderungen** haben während der Konsile mit dem **OC** erlebt? Gab es **Herausforderungen** in der **Zusammenarbeit** mit OC?
Gab es einen weiteren Austausch mit Akteur*innen über die OnCoPaTh-Patient*innen? Welche **Herausforderungen / Barrieren** sehen Sie mit **Akteur*innen**, mit denen Sie im Rahmen von OnCoPaTh zusammengearbeitet haben?		Fachärzt*innen, Hausärzt*innen, etc. Welche Herausforderungen erlebten Sie (im Allgemeinen) in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes? Wie denken Sie, könnten diese überwunden werden?
Aufgaben und Tätigkeit als KoPP: *Welche Rolle/Aufgabe haben Sie (als KoPP) in der OnCoPaTh-Studie?* *Gibt es noch weitere KoPPs in Ihrer zuständigen Einrichtung?* Wenn Sie jetzt einmal an die gesamte Projektlaufzeit denken: Wie ging es Ihnen als KoPP? Mit Blick auf Ihre Tätigkeit als KoPP: ▪ Was lief gut? ▪ Wo sind Sie auf Herausforderungen gestoßen?	Aufgaben/ Tätigkeit KoPP Hemmende und fördernde Faktoren	*Was erleben Sie als **Unterstützung** in Ihrer Tätigkeit als KoPP?* Waren Sie für mehrere Einrichtungen (des OnCoPaTh-Projektes) zuständig? Wie viele Patient*innen haben Sie im Rahmen von OnCoPaTh betreut? Anzahl der Patient*innen anderer KoPPs in Ihrer Einrichtung? Welche Herausforderungen erleben Sie in der Tätigkeit als KoPP? Was läuft gut oder wo sind Sie bisher auf Herausforderungen gestoßen?
[Für VGII] Während Ihrer Tätigkeit als KoPP, welche **Bestandteile von OnCoPaTh** fanden in Ihrem Alltag Anwendung? ▪ Wissensdatenbank über Komplementäre und Alternative Medizin (KAM) ▪ Dokumentationstool (APP) zur persönlichen Dokumentation ▪ Dokumentationsmodul (APP) zum patientenzentrierten Austausch mit dem*der OncoCoach	Interventions-bestandteile OnCoPaTh	Gab es Bestandteile, die Sie mehr oder weniger genutzt haben? Welche Bestandteile haben Sie „wie viel“/mehr oder weniger genutzt?

▪ eCRF ▪ (verstärkter) interdisziplinärer Austausch im Behandler*innen-Team ▪ Logbuch zur Dokumentation des palliativen Pflegekonsils ▪ Teilnahme an „Meet&Greet“-Veranstaltungen		
*Welche **Rahmenbedingungen** sind aus Ihrer Sicht für die frühe Integration der palliativen Versorgung (KoPP) und OncoCoaching notwendig?*	Rahmen-bedingungen	
Was muss Ihrer Meinung nach geschehen, um OnCoPaTh/die neue Versorgungsform weiter in die Arbeitsabläufe zu integrieren?	Reach	Worin sehen Sie **Verbesserungsmöglichkeiten** bei OnCoPaTh / in der neuen Versorgungsform?
Wie würden Sie bei den eingeschlossenen Patient*innen den **Bedarf** für **OncoCoaching** einschätzen? Wie würden Sie bei den eingeschlossenen Patient*innen den **Bedarf** für eine **frühe palliative Betreuung** einschätzen?	Reach	Inwiefern sprechen wir mit der Studie die richtige Patient*innen-Population an? - für eine frühe palliative Versorgung an?
	Effekte OnCoPaTh	Wie schätzen Sie bei den Patient*innen den Effekt von OnCoPaTh auf: - Ungeplante KH-Einweisungen - (Selbstbestimmtheit, Patient*innenkompetenz - Lebensqualität - Interprof. Zusammenarbeit)
Planen Sie **nach Projektende** im März mit (der neuen Versorgungsform) OnCoPaTh **weiterzumachen**? **Wenn nein:** Was müsste geschehen, um OnCoPaTh/die neue Versorgungsform weiter in die Arbeitsabläufe zu integrieren?	Fortführung des Projektes	Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie mit Ihrer Tätigkeit als KoPP nach Projektende (Ende März) fortfahren werden? Gab es hierzu bereits Gespräche bzw. konkrete Planung? (mit OC / Onkologische Einrichtung, etc.)
Corona Können Sie beschreiben, inwieweit die Covid-19-Pandemie das Projekt OnCoPaTh und insbesondere Ihre Arbeit als KoPP beeinflusst hat? Welche Hürden gab es durch Corona im Rahmen von OnCoPaTh für Sie bzw. in Ihrer Einrichtung?	Corona	Was denken Sie, wie hätte das Projekt sein können, wenn die Pandemie nicht gewesen wäre? - Für die Versorgung und Behandlung von Patient*innen - Zusammenarbeit mit Akteur*innen

Können Sie uns Ihr **persönliches Fazit** zur **OnCoPaTh**-Studie nennen? Was haben Sie aus dem **Projekt gelernt**? Würden Sie das Konzept/die nVf OnCoPaTh weiterempfehlen? ▪ Wenn ja, warum? ▪ Wenn nein, warum nicht?	Persönliches Fazit	Fazit: persönlich / für Patient*innen / Zusammenarbeit Was nehmen Sie für sich mit?

Abschluss

Wir kommen nun langsam zum **Ende des Interviews**.

Ich möchte mich nochmals ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken und möchte fragen, ob es von Ihrer Seite aus noch irgendwelche **wichtigen Themen** gibt, die Sie ansprechen möchten oder ob Sie sonst noch **Fragen** haben?

!Aufzeichnung beenden!

Feedback-Runde ***Ich hätte noch 2,3 Fragen zum Abschluss an Sie.*** *(Bevor wir uns verabschieden, würden wir noch eine kurze Feedback-Runde machen.)*	▪ *Wie war es für Sie die Teilnahme am Projekt?* ▪ *Kommunikation* ▪

DANKE

An dieser Stelle möchten wir uns im Namen des gesamten Projektteams bei Ihnen für Ihre Teilnahme am Projekt bedanken.
Durch die Interviews und Befragungen haben Sie uns einen wichtigen Input für die Evaluation der Studie gegeben.
Falls sich im Nachgang noch Fragen ergeben, können Sie sich jederzeit an uns wenden oder mit Frau Hach (SAPV) und dem AKS (Herrn Packheiser) in Verbindung treten.

Anlage 10: Leitfäden PatientInnen

Leitfaden Patient*innen 1. Interviewrunde

Zeit	Domäne	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen
20-25 Min.	**I**mplementation	Wie geht es Ihnen und wie erleben Sie aktuell Ihre Erkrankungs- und Versorgungssituation. [Wie fühlt sich die jetzige Versorgung für Sie an?]	Was wissen Sie über Ihre Erkrankungssituation? Wenn Fokus auf Therapie: Können Sie beschreiben, welche Ziele und Hoffnungen Sie mit der aktuellen Therapie verbinden?
			Können Sie beschreiben, welche Personen Sie im Rahmen Ihrer Krebserkrankung betreuen?
			Wurden Sie bereits durch einen OncoCoach/durch eine palliative Fachkraft (KoPP) betreut? -> Welche Themen können Sie mit dem OncoCoach/der palliativen Fachkraft (KoPP) ansprechen?
			Gibt es Themen, die Sie nicht mit OncoCoach/ palliativer Fachkraft (KoPP)/Arzt besprechen möchten?
			Wie empfinden Sie den Aufwand für Ihre Teilnahme an der neuen Versorgungsform?
5-10 Min.	Akzeptanz	Was sind Ihre Wünsche für die weitere Betreuung durch Ihre onkologische Einrichtung?	Fühlen Sie sich ausreichend [über Ihre Erkrankung und Versorgungsangebote] informiert bzw. unterstützt?
			Wissen Sie an wen Sie sich für weitere Informationen bzw. Unterstützung wenden können?
		Was verbinden Sie mit einer palliativen Betreuung? Info Palliative Betreuung: Konzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung erkrankter Menschen jeden Alters mit einer nicht heilbaren Grunderkrankung im häuslichen Umfeld durch spezialisierte Pflegefachkräften, z.B. durch die Unterstützung im Umgang mit Symptomen und Ängsten im häuslichen Umfeld.	Wann wäre für Sie der richtige Zeitpunkt sich mit dem Thema palliative Betreuung zu beschäftigen?
			[Haben Sie sich bereits mit dem Thema palliative Betreuung beschäftigt?]

10-20 Min.	**E**ffectiveness (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Auf welche Weise hat diese Studie (OnCoPaTh) einen Einfluss auf Ihr Leben?	Auf welche Weise hat OnCoPaTh bzw. die Betreuung durch Fachpersonal einen positiven Einfluss auf Ihr Leben?
			Auf welche Weise hat OnCoPaTh einen unbeabsichtigten negativen Einfluss auf Ihr Leben? (RE-AIM Example)
			Wie können wir die (positiven) Wirkungen von OnCoPaTh verbessern?
	Adaption (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten Ihres OncoCoaches bzw. des Fachpersonals Ihrer onkologischen Einrichtung?	
		Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten Ihrer palliativen Fachkraft (KoPP)?	
	Reach (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Wie sind Sie auf die Studie aufmerksam geworden?	
		Welche Information hat Sie im Rahmen der Aufklärung über die Studie [in Ihrer onkologischen Einrichtung] angesprochen?	
		Was haben Sie sich von der Teilnahme an der Studie für Ihre Versorgung erhofft? Welche dieser Erwartungen wurden nicht erfüllt?	Halten wir das Versprechen dieser Studie für eine verbesserte Versorgung ein?
	Maintenance (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Was würden Sie dazu sagen, wenn eine Betreuung durch den OncoCoach/die palliative Fachkraft (KoPP) auch nach Ende der Studie weiterginge?	Würden Sie sich eine Betreuung durch den OncoCoach/die palliative Fachkraft (KoPP) auch nach Ende der Studie wünschen? -> Wenn nein: warum nicht?
			[Würden Sie weiterhin die Betreuung wahrnehmen? -> Wenn nein: warum nicht?]
		Stellen Sie sich vor eine Person aus Ihrem Bekanntenkreis steht vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch einen OncoCoach: Was würden Sie dieser Person empfehlen? Stellen Sie sich vor eine Person aus Ihrem Bekanntenkreis steht vor der Entscheidung für oder gegen eine Begleitung durch eine palliative Fachkraft (KoPP): Was würden Sie dieser Person empfehlen?	Würden Sie die Betreuung durch einen OncoCoach anderen Patient*innen empfehlen? -> Wenn nein: warum nicht? [Was würden Sie anderen Patient*innen, die vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch einen OncoCoach stehen, mit auf den Weg geben?]

			Würden Sie die Betreuung durch eine palliative Fachkraft (KoPP) anderen Patient*innen empfehlen? -> Wenn nein: warum nicht? [Was würden Sie anderen Patient*innen, die vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch eine palliative Fachkraft (KoPP) stehen, mit auf den Weg geben?]

Leitfaden Patient*innen 2. Interviewrunde

Zeit	Domäne	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Ergänzende Fragen
20-25 Min.	**I**mplementation	Wie geht es Ihnen zurzeit und wie erleben Sie <u>aktuell</u> Ihre: - Erkrankungssituation - Versorgungssituation? [Wie fühlt sich Ihre aktuelle Therapie-/Behandlungssituation für Sie an?]	[Wenn Fokus im Gespräch auf Therapie: Hat sich Ihre Therapie(-situation) seit unserem letzten Gespräch geändert? ➔ ggf.: Können Sie beschreiben, welche Ziele und Hoffnungen Sie mit der aktuellen/neuen/angepassten Therapie verbinden?]
		Können Sie beschreiben, welche Personen Sie im Rahmen Ihrer Krebserkrankung betreuen? ➔ Differenzierung/ggf. Nachfrage nach: - privatem Umfeld (Familie, Freunde, …) - med. Versorgung (Ärzt*innen, in der Einrichtung, …)	
		Wurden Sie bereits durch: - einen OncoCoach - eine palliative Fachkraft (KoPP) betreut? Nachfrage: Hat Ihr OC/Ihr*e KoPP Ihr seit unserem ersten Gespräch gewechselt?	Welche Themen können/konnten Sie mit dem OncoCoach/der palliativen Fachkraft (KoPP) besprechen?
			Gibt/gab es Themen, die Sie <u>nicht</u> mit Ihrem OncoCoach/ Ihrer pall. Fachkraft (KoPP)/Arzt*Ärztin besprechen möchten?
			Gab es genügend Möglichkeiten für Sie sich mit Ihrem*Ihrer OncooCoach oder auch mit einer*einem KoPP auszutauschen? → Wie oft fanden Gespräche mit dem OC/der pall. Fachkraft (KoPP) statt?

		Wie empfinden Sie den Aufwand für Ihre Teilnahme an derOnCoPaTh-Studie? – Hat sich dies seit unserem letzten Gespräch verändert/würden Sie den Aufwand nun anders beurteilen? → Inwiefern entsteht zusätzlicher Aufwand für Sie durch die Teilnahme am OnCoPaTh-Projekt?	
5-10 Min.	Akzeptanz	Was sind Ihre Wünsche für die weitere Betreuung durch Ihre onkologische Einrichtung?	Fühlen Sie sich ausreichend [über Ihre Erkrankung und Versorgungsangebote] informiert bzw. unterstützt?
			Wissen Sie an wen Sie sich für weitere Informationen bzw. Unterstützung wenden können?
		Was denken Sie über bzw. halten Sie von der Studie OnCoPath?	Was waren Ihre Erwartungen an das Projekt zu Beginn? Was sind Ihre Erwartungen an die OnCoPaTh-Studie für die verbleibende Laufzeit?
		Was verbinden Sie mit einer palliativen Betreuung: – Hat sich Ihre Sichtweise zu einer pall. Betreuung seit unserem letzten Gespräch geändert?	Ggf. Nachfrage: Wann wäre nun aus Ihrer Sicht der richtige Zeitpunkt sich mit dem Thema palliative Betreuung zu beschäftigen? – hat sich dieser Zeitpunkt geändert?
			[Haben Sie sich inzwischen/seit unserem letzten Gespräch mit dem Thema palliative Betreuung beschäftigt?]
10-20 Min.	**E**ffectiveness (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Hat die OnCoPaTh-Studie seit unserem letzten Gespräch einen Einfluss auf Ihr Leben gehabt?	Auf welche Weise hat OnCoPaTh bzw. die Betreuung durch Fachpersonal einen **positiven** Einfluss auf Ihr Leben? – Vorteile durch die Teilnahme an der Studie?
			Auf welche Weise hat OnCoPaTh einen unbeabsichtigten **negativen** Einfluss auf Ihr Leben? – Nachteile durch die Teilnahme an der Studie?
			Wie können wir Ihrer Meinung nach die positiven Wirkungen der OnCoPaTh-Studie verbessern?
		Was haben/erhoffen Sie sich von der Teilnahme an der Studie für Ihre Versorgung erhofft/gewünscht? ➔ Welche (dieser) Erwartungen wurden erfüllt?	Halten wir/hält die Studie OnCoPaTh das Versprechen dieser Studie für eine verbesserte und patient*innenzentrierte Versorgung ein?

		➔ Welche (dieser) Erwartungen wurden nicht erfüllt?	
	Adoption (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten Ihres OncoCoaches bzw. des Fachpersonals Ihrer onkologischen Einrichtung? – hat sich dahingehend etwas geändert (bspw. durch/gab es Personalwechsel?)	
		Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten Ihrer palliativen Fachkraft (KoPP)? – hat sich dahingehend etwas geändert (bspw. durch/gab es Personalwechsel?)	
		Sind Sie mit der Betreuung durch Ihren OncoCoach (und Ihre pall. Fachkraft (KoPP) zufrieden? – hat sich dahingehend etwas geändert (bspw. durch/gab es Personalwechsel?)	Gibt es Aspekte (die bisher nicht erfüllt wurden), die Sie sich über Ihre aktuelle Betreuung hinaus von Ihrem OncoCoach (und Ihrer pall. Fachkraft (KoPP) wünschen?
		Empfinden Sie die Häufigkeit der Gespräche/Betreuungstermine in Ihrer Einrichtung/mit Ihrem OC/mit Ihrer pall. Fachkraft (KoPP) als ausreichend?	
	Maintenance (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Was würden Sie dazu sagen, wenn eine Betreuung durch den OncoCoach/die palliative Fachkraft (KoPP) auch nach Ende der Studie weiterginge?	Würden Sie sich eine Betreuung durch den OncoCoach/die palliative Fachkraft (KoPP) auch nach Ende der Studie wünschen? -> Wenn nein: warum nicht?
			[Würden Sie weiterhin die Betreuung wahrnehmen? -> Wenn nein: warum nicht?]
		Stellen Sie sich erneut vor eine Person aus Ihrem Bekanntenkreis steht vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch einen OncoCoach: Was würden Sie dieser Person nun empfehlen? Stellen Sie sich erneut vor eine Person aus Ihrem Bekanntenkreis steht vor der Entscheidung für oder gegen eine Begleitung durch eine palliative Fachkraft (KoPP): Was würden Sie dieser Person nun empfehlen?	Würden Sie die Betreuung durch einen OncoCoach anderen Patient*innen empfehlen? -> Wenn nein: warum nicht? [Was würden Sie anderen Patient*innen, die vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch einen OncoCoach stehen, mit auf den Weg geben?] Würden Sie die Betreuung durch eine palliative Fachkraft (KoPP) anderen Patient*innen empfehlen? -> Wenn nein: warum nicht?

			[Was würden Sie anderen Patient*innen, die vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch eine palliative Fachkraft (KoPP) stehen, mit auf den Weg geben?]

Leitfaden Patient*innen 3. Interviewrunde

Zeit	Domäne	Leitfrage (Erzählanreiz)	Ergänzende Fragen (Probing)
20-25 Min.	Implementation	Wie hat sich - Ihre Erkrankungssituation (→ d.h. hinsichtlich der Krankheit) - Ihre Versorgungssituation (→ d.h. die Versorgung betreffend (Umfeld, onkologische Einrichtung, sonstiger Versorger*innen) (seit unserem letzten Interview) verändert? Wie geht es Ihnen in Ihrer …/Wie erleben Sie Ihre aktuellen Situation?	Wenn Fokus im Gespräch auf Therapie: Können Sie beschreiben, welche Ziele und Hoffnungen Sie mit der aktuellen/neuen/angepassten Therapie verbinden?
		Können Sie beschreiben, welche Personen Sie im Rahmen Ihrer Krebserkrankung betreuen? - im privatem Umfeld (Familie, Freude, …) - in Ihrer med. Versorgung → welche Einrichtung(-en)? Welche Personengruppen (Pflegekräfte, Ärzt*innen, pall. Pflegepersonal?)	
	Fidelity → dose	Inwieweit wurden Sie (inzwischen) während Ihrer Studienteilnahme durch: - einen OncoCoach - eine palliative Pflegefachkraft (KoPP) betreut? → Hatten Sie während der Studienlaufzeit konstant eine*n feste*n Ansprechpartner*in oder hat Ihr OC/Ihre KoPP gewechselt?	Welche Themen können/konnten Sie mit dem OncoCoach/der palliativen Fachkraft (KoPP) besprechen?
			Gibt/gab es Themen, die Sie nicht mit Ihrem OncoCoach/ Ihrer pall. Fachkraft (KoPP)/Arzt*Ärztin besprechen möchten?
		➔ Wenn ja: Wie oft tauschen/treffen Sie sich i.d.R. mit - Ihrem OC - Ihrer KoPP aus?	Gab es genügend Möglichkeiten für Sie sich mit - Ihrem*Ihrer OncooCoach - mit einer*einem KoPP - Ihrem*Ihrer Onkolg*in Auszutauschen?

		Wie oft tauschen Sie sich i.d.R. mit - Ihrem*Ihrer Onkolog*in - Ihrer Pflegekraft aus?	bzw. Empfanden Sie die Häufigkeit der Gespräche/Betreuungstermine - in Ihrer Einrichtung - mit Ihrem OC - mit Ihrer pall. Fachkraft (KoPP) als ausreichend?
		Wie fand der Austausch mit welchen Parteien statt? ➔ Persönlich, telefonisch, …	
		Wie liefen die Gespräche (mit welchen Parteien) ab? - Mit dem*der OC - Mit dem*der KoPP - Mit dem*der Onkolog*in	- Gab es einen festen Ablauf für die Gespräche? - Fanden die Gespräche eher „zwischen Tür und Angel“ statt oder wurde ein „richtiger Termin“ vereinbart (wurde sich richtig Zeit genommen, fand das Gespräch bspw. in einem separaten Raum statt)? - Haben sich die Gespräche über die Projektlaufzeit verändert? - Wie empfanden Sie die Gespräche?
		Haben Sie Zugang zur „KAM-Datenbank“ erhalten? ➔ Wenn ja, inwiefern haben Sie die Datenbank genutzt? ➔ Wenn nein, haben Sie von der KAM-Datenbank schon einmal gehört?	
		Rückblickend auf die gesamte Studie(-nlaufzeit): Wie empfanden Sie den Aufwand (bspw. Zeit, …) für Ihre Teilnahme an der OnCoPaTh-Studie? Inwiefern entstand durch die Teilnahme am OnCoPaTh-Projekt zusätzlicher Aufwand für Sie?	Hat sich der Aufwand über die Studienlaufzeit verändert (war der Aufwand schwankend)? → wenn ja, inwiefern? Wodurch kam der Aufwand zustande/wodurch hatten Sie Aufwand?
5-10 Min.	Akzeptanz		Fühlen Sie sich ausreichend [über Ihre Erkrankung und Versorgungsangebote] informiert bzw. unterstützt?

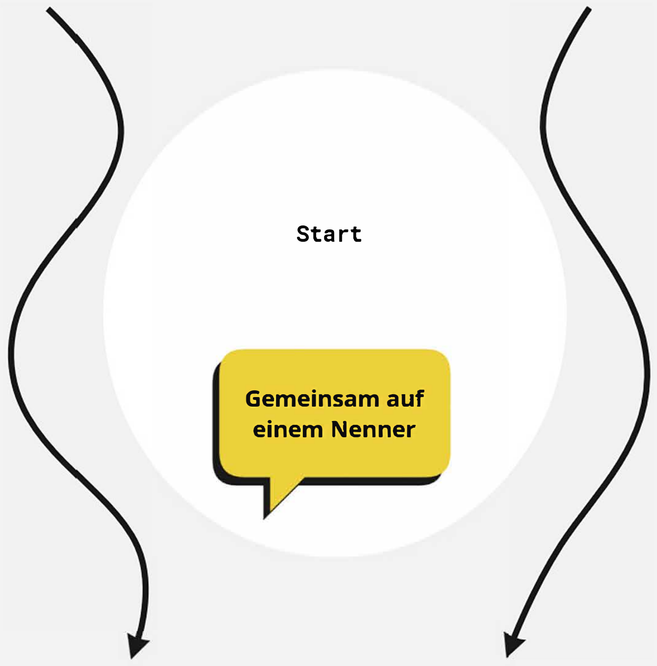
		Was sind Ihre Wünsche für die weitere Betreuung durch Ihre onkologische Einrichtung?	Wissen Sie an wen Sie sich für weitere Informationen bzw. Unterstützung wenden können?
		Was denken Sie über bzw. halten Sie von der Studie OnCoPath?	Was waren Ihre Erwartungen an das Projekt zu Beginn? Was sind Ihre Erwartungen an die OnCoPaTh-Studie für die verbleibende Laufzeit/nach offiziellem Ende der Studie (Ende März)?
		(Ursprungsfrage: Was verbinden Sie mit dem Begriff „Palliativ“/ mit einer „palliativen Betreuung“?) Im Rahmen des letzten Interviews hatten Sie erzählt, dass … → Hat sich Ihre Sichtweise zu einer pall. Betreuung seit unserem letzten Gespräch/über die Studienlaufzeit geändert?	Ggf. Nachfrage: Wann wäre nun aus Ihrer Sicht der richtige Zeitpunkt sich mit dem Thema palliative Betreuung zu beschäftigen? – hat sich dieser Zeitpunkt geändert? [Haben Sie sich inzwischen/seit unserem letzten Gespräch mit dem Thema palliative Betreuung beschäftigt?]
	Implementation Outcomes (nach Kein et al. 2021)	[Acceptability → nun eher Acceptance] Gibt es etwas, was Ihnen (als Patient*in) am Gedanken, dass OnCoPaTh auch zukünftig Anwendung finden soll, gefällt?	
		[Appropriateness] Wenn Sie die Umsetzung der nVF/von OnCoPaTh mit ihren Bestandteilen (das OncoCoaching, das Angebot einer frühen pall. Versorgung (in Form einer KoPP)) noch einmal in der Gesamtschau reflektieren, wie passend empfinden sie dann die nVF/OnCoPaTh für Sie als Patient*innen?	Was hätten Sie sich anders gewünscht?
		[Feasibility] Iniwefern war die nVf/Studie OnCoPaTh für Sie in Ihrem Alltag gut umsetzbar? / Welche Erfahrungen haben Sie bzgl. der Umsetzung der Studie/nVf in Ihrer Einrichtung gemacht? ➔ Aufwandstechnisch (bspw. Termine für OC-Gespräche in der Einrichtung, die Fragebögen, …)	
10-20 Min.	**E**ffectiveness		Auf welche Weise hat OnCoPaTh (als Bsp.: die Betreuung durch Fachpersonal (OC, KoPP)) einen **positiven** Einfluss auf Ihr Leben?

	(in Anlehnung an RE-AIM Example)	Die gesamte Studie reflektierend: Inwiefern hat die OnCoPaTh-Studie einen Einfluss auf Ihr Leben/Ihren Alltag gehabt?	/ Welche **Vorteile** erleben Sie durch die Teilnahme an der Studie?
			Auf welche Weise hat OnCoPaTh einen unbeabsichtigten **negativen** Einfluss auf Ihr Leben? / Welche **Nachteile** erleben Sie durch die Teilnahme an der Studie?
			Wie können wir Ihrer Meinung nach die positiven Effekte der OnCoPaTh-Studie (noch) verbessern?
		Welchen persönlichen Nutzen haben/erleben Sie durch die Studie? Inwiefern wurden, wenn von Ihnen gewünscht, Ihre Angehörige*n mit in Ihre Versorgung/Behandlung mit eingebunden?	→ Nachfragen: - Reduktion des persönlichen Unterstützungs- & Informationsbedarfs - Nehmen Sie wahr, dass Informationen über Sie unter den verschiedenen betreuenden Personen (bspw. Onkolog*in, OC, KoPP) ausgetauscht werden? Hatten Sie feste Ansprechpartner*innen in Ihrer Versorgung über die Studienlaufzeit hinweg? (Kontinuität der Versorgung) - Fühlen Sie sich gut über Ihre Erkrankungssituation und Behandlung informiert? Haben Sie bspw. zusätzliche Angebote erhalten (Weiterleitung an andere Versorger*innen oder Anlaufstellen, weiterführende Infos über KAM) Werden Sie aktiv in Entscheidungen bzgl. Ihrer Versorgung eingebunden? (Pat.-Empowerment)
		Wenn Sie zurückdenken und die Studie reflektieren: Was haben Sie sich von der Teilnahme an der Studie für Ihre Versorgung erhofft/gewünscht? ➔ Welche (dieser) Erwartungen wurden erfüllt? ➔ Welche (dieser) Erwartungen wurden nicht erfüllt? Sind Sie mit Ihrer allgemeinen Versorgungssituation zufrieden?	Was ist Ihre Wahrnehmung: Inwiefern hält OnCoPaTh das Versprechen der Studie für eine verbesserte und patientenzentrierte Versorgung ein? Was sind Ihre Änderungswünsche?

	Adoption (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Wie beurteilen Sie rückblickend die Fähigkeiten Ihres **OncoCoaches bzw. des medizinischen Fachpersonals Ihrer onkologischen Einrichtung**?	Inwiefern hat sich hinsichtlich des sie betreuenden Personals etwas über die Studienlaufzeit geändert (bspw. Personalwechsel)?
		Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten Ihrer **palliativen Fachkraft (KoPP)**?	Inwiefern hat sich hinsichtlich des sie betreuenden Personals etwas über die Studienlaufzeit geändert (bspw. Personalwechsel)?
		Inwiefern sind Sie mit der Betreuung durch Ihre onkologische Einrichtung (Ihren OncoCoach und ggf. Ihre pall. Fachkraft (KoPP) zufrieden?	Inwiefern hat sich Ihre Betreuungssituation über die Projektlaufzeit geändert (bspw. durch Personalwechsel)? Gibt es Aspekte (die bisher nicht erfüllt wurden), die Sie sich über Ihre aktuelle Betreuung hinaus von Ihrem betreuenden Personal (OncoCoach (und Ihrer pall. Fachkraft (KoPP)) wünschen? → welche?
	Reach (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Inwiefern glauben Sie, dass mit der Studie (und dem innovativen Betreuungskonzept) die richtige Zielgruppe an Patient*innen (wie Sie als onkologische*r Patient*in) angesprochen wurde? Was glauben Sie, wie man mehr Patient*innen für die Studie hätte gewinnen können? / … wie man (im Allgemeinen) mehr Patient*innen für Studien wie OnCoPaTh gewinnen kann?	Wie hätte man den Zugang zur Studie vereinfachen können?
	Maintenance (in Anlehnung an RE-AIM Example)	Was würden Sie dazu sagen, wenn Ihnen weiterhin eine Betreuung mit dem interprofessionellem Betreuungssystem OnCoPaTh angeboten wird?	
		Was würden Sie dazu sagen, wenn eine Betreuung durch den OncoCoach/die palliative Fachkraft (KoPP) auch nach Ende der Studie weiterginge?	Würden Sie sich eine Betreuung durch den OncoCoach/die palliative Fachkraft (KoPP) auch nach Ende der Studie wünschen? -> Wenn nein: warum nicht? → Würden Sie daran teilnehmen/dies wahrnehmen/ es gerne fortführen? → Wenn nein, warum nicht?

		Wenn Sie jetzt die Studie Revue passieren lassen: Stellen Sie sich (erneut) vor eine Person aus Ihrem Bekanntenkreis steht vor der Entscheidung für oder gegen eine **Teilnahme an der Studie OnCoPaTh**: Was würden Sie dieser Person (nun) empfehlen? - Eine Betreuung durch einen OC - Eine Begleitung durch eine palliative Fachkraft (KoPP)	Würden Sie die Betreuung **durch einen OncoCoach** anderen Patient*innen empfehlen? -> Wenn nein: warum nicht? [Was würden Sie anderen Patient*innen, die vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch einen OncoCoach stehen, mit auf den Weg geben?] Würden Sie die Betreuung **durch eine palliative Fachkraft (KoPP)** anderen Patient*innen empfehlen? -> Wenn nein: warum nicht? [Was würden Sie anderen Patient*innen, die vor der Entscheidung für oder gegen eine Betreuung durch eine palliative Fachkraft (KoPP) stehen, mit auf den Weg geben?]

Anlage 11: Theory of Change Workshop Template



Die Vision

Senkung der Defizite auf Ebene der Patient*innen

Level der Veränderungen

INDIVIDUELL

Individuelle Veränderung

- Patient*innen partizipieren
- Handlungs-kompetenz des Gesundheits-personals

Aufbau und Veränderung von Beziehungen

- Coaching der Patient*innen
- OC initiieren den Kontakt zur KoPP
- Austausch zwischen OC und KoPP

INTERN ⟶ EXTERN

- Fachkräfte werden geschult um Coaching umzusetzen
- Unterstützung zur Anpassung von Versorgungs-prozessen
- OnCoPaTh

Veränderung von Handlungs- und Denkmustern in Organisation

Veränderung von Strukturen und Prozeduren in der Versorgung

KOLLEKTIV



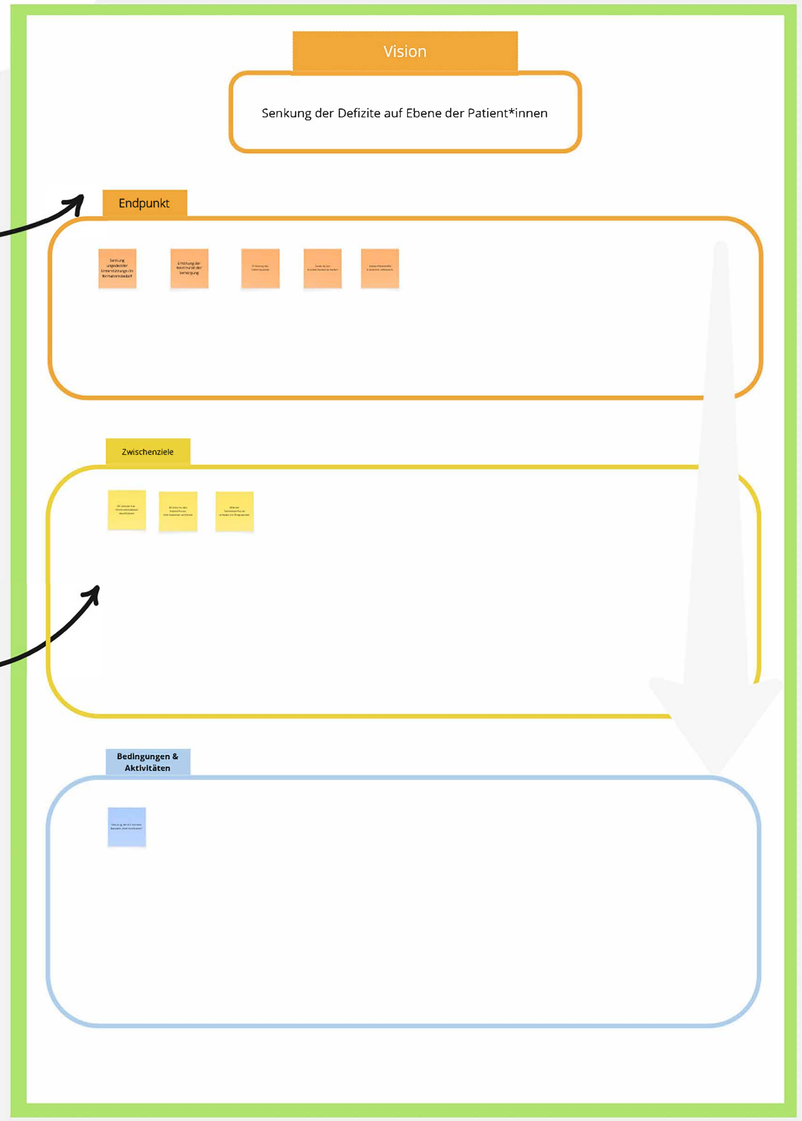
Leitfragen:

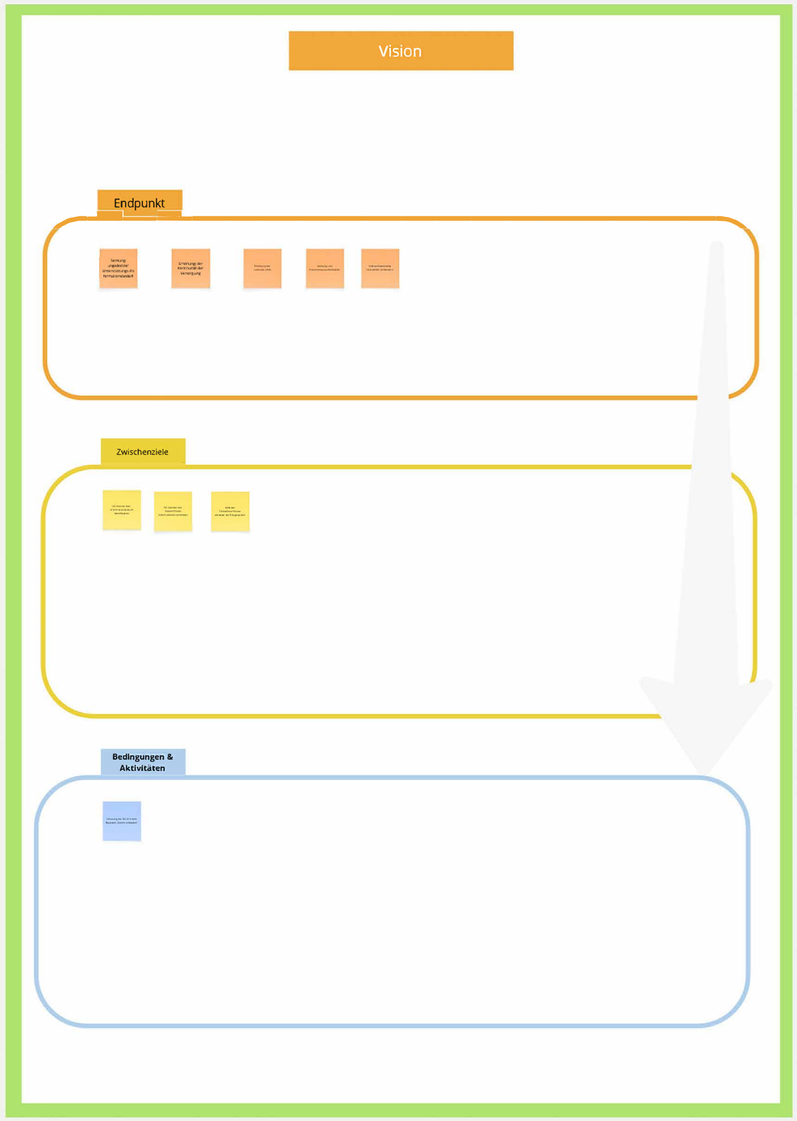
Was müsste für die Erreichung der Projektziele passieren?

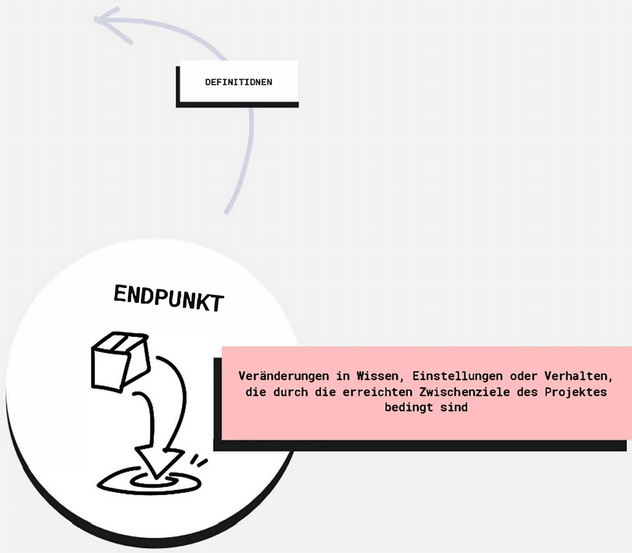
Welche (messbaren) Zwischenziele müssten hierfür erfüllt sein?

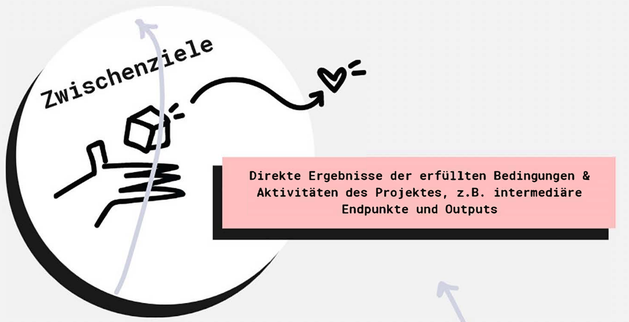
Welche Interventionsbausteine müssen eingeführt werden, um die Zwischenziele und Endpunkte zu erreichen?

Welche Ressourcen, Rahmenbedingungen, Unterstützungen oder Aktionen sind notwendig, um die Zwischenziele und Endpunkte zu erreichen?

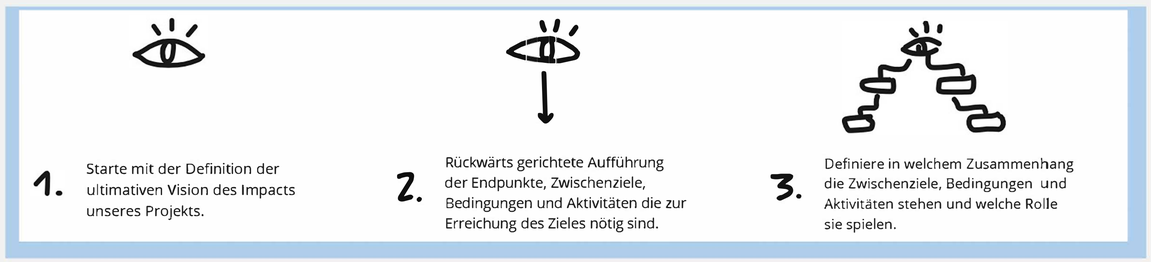


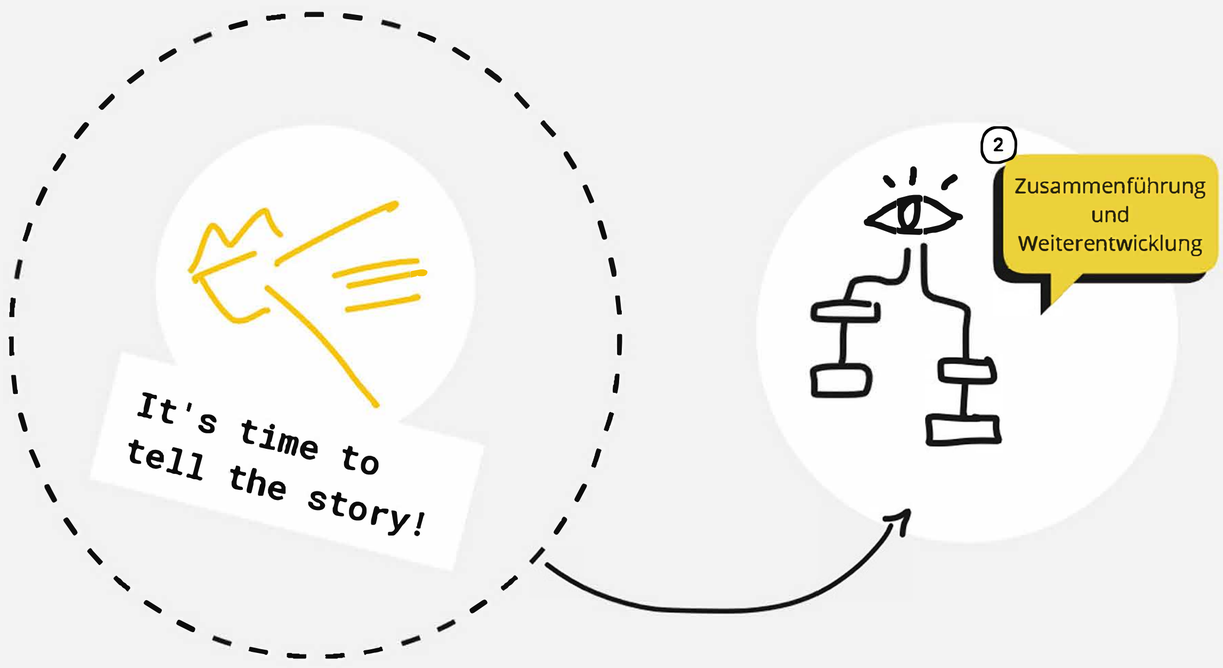












Vision

Diskutieren

Verändern

Verbinden

Vision

Senkung der Defizite auf Ebene der Patient*innen

Endpunkt

Endpunkt

Zwischenziele

Zwischenziele

Bedingungen & Aktivitäten

Bedingungen & Aktivitäten

3

1. Welche chronologische Reihenfolge kann zwischen den Voraussetzungen festgehalten werden?

2. Warum sind die Bedingungen und Zwischenziele notwendig, welchen Einfluss haben sie? Welche Barrieren sind zu erwarten?

4

3. Unter welchen Annahmen wird die Bedingung bzw. das Zwischenziel erfüllt? Welche Interventionsbausteine müssen eingeführt werden, um die Zwischenziele und Endpunkte zu erreichen?

4. Wie kann die Erfüllung der Bedingungen und Zwischenziele gemessen werden?

Anlage 12: Weiterführende Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse - Fragestellung 2

Tabelle 1: Eigenschaften der eingeschlossenen Angehörigen im Vergleich zwischen IG und VG II

Eigenschaften	**N**	**Gesamt** N = 157	**VG II** N = 78	**IG** N = 79
Geschlecht	157			
Männlich		66 (42%)	36 (46%)	30 (38%)
Weiblich		86 (55%)	41 (53%)	45 (57%)
Unbekannt		5 (3%)	1 (1%)	4 (5%)
Alter der Angehörigen	157	59 (13)	59 (14)	58 (12)
Unbekannt		4 (2,6%)	2 (2,6%)	2 (2,5%)
Alter der Patient*innen	157	65 (10)	65 (11)	65 (9)
Unbekannt		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Beziehung zum/ zur Patienten*in	157			
Verheiratet oder Lebenspartner*in		108 (69%)	54 (69%)	54 (68%)
Verwandt		39 (25%)	18 (23%)	21 (27%)
Befreundet		6 (3,8%)	4 (5,1%)	2 (2,5%)
Sonstiges		1 (0,64%)	1 (1,3%)	0 (0%)
Unbekannt		3 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (2,5%)
Sonstige Beziehungen zum/ zur Patienten*in	1			
Schwiegermutter		1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)
Dauer der Einbindung in die onkologische Versorgung des/ der Patienten*in	157			
Bisher noch gar nicht		8 (5,1%)	3 (3,9%)	5 (6,3%)
Weniger als 1 Jahr		66 (42%)	35 (45%)	31 (39%)
1 bis 2 Jahre		21 (13%)	6 (7,7%)	15 (19%)
3 bis 5 Jahre		9 (5,7%)	7 (9%)	2 (2,5%)
Mehr als 5 Jahre		3 (1,9%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)
Seit der Erstdiagnose		48 (31%)	25 (32%)	23 (29%)
Unbekannt		2 (1,3%)	0 (0%)	2 (2,5%)
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G) zu T0	156	23,3 (24,21)	22,9 (24,30)	23,7 (24,28)

Eigenschaften	N	Gesamt N = 157	VG II N = 78	IG N = 79
Unbekannt		1 (0,6%)	0 (0%)	1 (1,3%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung zuT0	155	28,2 (30,65)	29,0 (32,89)	27,4 (28,40)
Unbekannt		2 (1,3%)	0 (0%)	2 (2,5%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich zu T0	157	24,3 (26,18)	23,2 (24,54)	25,5 (27,80)
Unbekannt		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit zu T0	154	20,8 (22,83)	18,9 (22,21)	22,6 (23,42)
Unbekannt		3 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (2,5%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie zu T0	156	11,9 (21,99)	10,6 (21,82)	13,2 (22,21)
Unbekannt		1 (0,6%)	1 (1,3%)	0 (0%)

N (%), Mittelwerte (Standardabweichung)

*Tabelle 2: Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen IG und VG II*

Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34-G)	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
		Zeitpunkt T0		
Gesamtscore	376	29,1 (24,18)	28,1 (25,21)	30,0 (23,23)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft	367	16,1 (23,15)	16,7 (24,19)	15,6 (22,21)
Subskala: Medizinische Behandlung	375	21,4 (26,78)	19,2 (26,51)	23,5 (26,92)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag	375	28,8 (28,29)	28,4 (28,43)	29,2 (28,24)
Subskala: Psychologische Unterstützung	376	34,3 (30,02)	32,7 (30,63)	35,7 (29,46)
Subskala: Gesundheitssystem & Information	371	31,8 (31,70)	31,2 (31,87)	32,3 (31,63)
		Zeitpunkt T1		
Gesamtscore	288	24,5 (23,57)	24,6 (22,94)	24,4 (24,21)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft	276	14,0 (23,18)	15,8 (24,38)	12,3 (21,99)
Subskala: Medizinische Behandlung	287	17,5 (24,96)	17,7 (23,79)	17,3 (26,05)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag	289	22,4 (26,27)	23,7 (26,58)	21,3 (26,02)
Subskala: Psychologische Unterstützung	289	29,5 (29,64)	30,0 (30,32)	29,1 (29,11)
Subskala: Gesundheitssystem & Information	284	27,1 (31,68)	25,9 (29,60)	28,3 (33,50)
		Zeitpunkt T2		
Gesamtscore	224	21,5 (23,45)	21,4 (23,26)	21,6 (23,72)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft	212	15,6 (25,27)	16,6 (26,66)	14,8 (24,11)
Subskala: Medizinische Behandlung	224	15,3 (24,05)	13,7 (21,78)	16,6 (25,84)

Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34-G)	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag	226	20,5 (25,83)	19,2 (25,54)	21,6 (26,12)
Subskala: Psychologische Unterstützung	224	26,1 (28,72)	26,5 (28,69)	25,9 (28,87)
Subskala: Gesundheitssystem & Information	224	22,2 (28,35)	22,6 (28,26)	21,8 (28,53)
		Zeitpunkt T3		
Gesamtscore	200	18,1 (20,79)	17,3 (18,84)	18,9 (22,38)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft	191	12,0 (22,25)	13,5 (23,31)	10,8 (21,35)
Subskala: Medizinische Behandlung	200	12,2 (20,88)	11,1 (18,61)	13,1 (22,68)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag	199	17,2 (23,39)	14,7 (20,26)	19,3 (25,63)
Subskala: Psychologische Unterstützung	200	22,1 (27,34)	21,0 (26,55)	23,0 (28,09)
Subskala: Gesundheitssystem & Information	200	18,9 (26,70)	18,6 (25,08)	19,1 (28,12)
		Zeitpunkt T4		
Gesamtscore	170	19,8 (23,01)	18,9 (20,92)	20,5 (24,69)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft	160	12,7 (22,77)	13,9 (23,90)	11,8 (21,85)
Subskala: Medizinische Behandlung	171	14,0 (24,25)	11,3 (19,69)	16,1 (27,33)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag	170	21,0 (26,11)	18,9 (22,20)	22,8 (28,96)
Subskala: Psychologische Unterstützung	169	23,2 (27,74)	22,8 (25,99)	23,5 (29,27)
Subskala: Gesundheitssystem & Information	168	21,1 (29,66)	20,3 (29,02)	21,9 (30,34)

Unterstützungsbedarf (SCNS-SF34-G)	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
		Zeitpunkt T5		
Gesamtscore	149	17,5 (21,79)	21,0 (22,81)	14,6 (20,59)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft	138	12,3 (22,20)	12,5 (22,69)	12,1 (21,94)
Subskala: Medizinische Behandlung	147	12,1 (22,00)	15,3 (23,63)	9,4 (20,34)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag	149	21,0 (27,25)	23,6 (27,99)	18,9 (26,60)
Subskala: Psychologische Unterstützung	148	20,4 (26,81)	23,5 (28,43)	17,8 (25,24)
Subskala: Gesundheitssystem & Information	145	16,5 (26,83)	20,8 (29,56)	12,8 (23,91)
		Zeitpunkt T6		
Gesamtscore	94	16,1 (20,81)	15,9 (22,62)	16,3 (19,65)
Subskala: Sexualität & Partnerschaft	88	11,24 (NA)	6,6 (NA)	14,4 (NA)
Subskala: Medizinische Behandlung	94	10,7 (19,16)	10,3 (19,73)	11,0 (18,92)
Subskala: Körperliche Aspekte & Alltag	95	21,9 (27,67)	20,2 (27,92)	23,0 (27,69)
Subskala: Psychologische Unterstützung	95	19,4 (27,28)	18,6 (29,47)	20,0 (25,90)
Subskala: Gesundheitssystem & Information	93	13,9 (24,11)	16,2 (27,55)	12,3 (21,54)

N (%), Mittelwerte (Standardabweichung)

*Tabelle 3: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T6** Cluster n = 15 Patient*innen n = 85			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 18 Patient*innen n = 108			**Modell 3** **LOCF zu T6** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 18 Patient*innen n = 108		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	2,2	-12, 16	0,7	3,7	-7,1, 15	0,5	13	-16, 42	0,4
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	4,5	-7,1, 16	0,4	4,7	-5,2, 15	0,3	5,6	-3,3, 14	0,2
Gesamtscore zu T0	0,54	0,36, 0,71	<0,001	0,64	0,48, 0,80	<0,001	0,61	0,45, 0,77	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-3,2	-17, 11	0,6	-5,3	-17, 6,2	0,3	-7,6	-17, 2,0	0,12
Niedergelassene Praxis	6,0	-9,9, 22	0,4	3,6	-8,8, 16	0,5	1,2	-9,6, 12	0,8
Einzugsgebiet der AOK Hessen	4,3	-12, 21	0,6	6,9	-8,0, 22	0,4			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	4,2			1,6			0,00		
Residualfehler	18			20			20		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							7,5	-0,84, 16	0,077
Alter							-0,16	-0,56, 0,23	0,4

*Tabelle 4: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T5*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T5** Cluster n = 18 Patient*innen n = 138			**Modell 2** **LOCF zu T5** Cluster n = 21 Patient*innen n = 185			**Modell 3** **LOCF zu T5** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 21 Patient*innen n = 185		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	13	4,8, 20	0,002	11	4,4, 18	0,001	9,6	-12, 31	0,4
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-4,4	-13, 4,4	0,3	-0,82	-8,2, 6,5	0,8	-0,89	-8,3, 6,5	0,8
Gesamtscore zu T0	0,42	0,27, 0,58	<0,001	0,55	0,42, 0,68	<0,001	0,54	0,41, 0,67	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-4,2	-13, 5,0	0,4	-7,0	-15, 0,69	0,074	-7,4	-15, 0,38	0,062
Niedergelassene Praxis	-0,94	-11, 8,6	0,8	0,07	-8,5, 8,7	>0,9	-0,75	-9,5, 8,0	0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	Modell 1 T5 Cluster n = 18 Patient*innen n = 138			Modell 2 LOCF zu T5 Cluster n = 21 Patient*innen n = 185			Modell 3 LOCF zu T5 kontrolliert für Alter & Geschlecht Cluster n = 21 Patient*innen n = 185		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Residualfehler	20			21			21		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							3,7	-3,0, 10	0,3
Alter							0,00	-0,30, 0,30	>0,9

*Tabelle 5: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T6** Cluster n = 17 Patient*innen n = 68			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 19 Patient*innen n = 86			**Modell 3** **LOCF zu T6** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 19 Patient*innen n = 86		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7.5	-3.6, 19	0.2	1.8	-8.7, 12	0.7	7.0	-4.2, 18	0.2
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	5.2	-5.1, 16	0.3	0.94	-8.9, 11	0.8	0.35	-9.2, 9.9	>0.9
Gesamtscore zu T0	0.46	0.24, 0.67	<0.001	0.63	0.45, 0.80	<0.001	0.60	0.43, 0.77	<0.001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-9.3	-22, 3.8	0.2	-0.67	-13, 12	>0.9	0.04	-12, 12	>0.9
Niedergelassene Praxis	2.2	-10, 14	0.7	7.2	-4.4, 19	0.2	7.0	-4.2, 18	0.2
Einzugsgebiert der AOK Hessen									
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.00			0.00			0.00		
Residualfehler	18			20			19		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							10	1.2, 19	0.027
Alter							-0.18	-0.59, 0.22	0.4

*Tabelle 6: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T5*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T5** Cluster n = 20 Patient*innen n = 113			**Modell 2** **LOCF zu T5** Cluster n = 23 Patient*innen n = 150			**Modell 3** **LOCF zu T5** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 23 Patient*innen n = 150		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	16	8.0, 24	<0.001	11	2.3, 19	0.018	13	-9.3, 35	0.3
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-5.9	-15, 3.6	0.2	-6.9	-15, 1.5	0.10	-7.1	-15, 1.1	0.090
Gesamtscore zu T0	0.29	0.11, 0.47	0.002	0.47	0.33, 0.61	<0.001	0.46	0.32, 0.61	<0.001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-6.6	-17, 4.2	0.2	-1.0	-11, 9.3	0.8	-1.5	-11, 8.1	0.8
Niedergelassene Praxis	-1.6	-11, 7.8	0.7	2.8	-7.1, 13	0.5	2.3	-6.4, 11	0.6
Einzugsgebiert der AOK Hessen				1.8	-12, 15	0.8			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.00			0.48			0.00		
Residualfehler	20			20			20		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							4.0	-2.9, 11	0.3
Alter							-0.06	-0.39, 0.26	0.7

*Tabelle 7: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP1-Population im Vergleich zwischen C-RCT und VG I zum Zeitpunkt T6*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T6** Cluster n = 22 Patient*innen n = 188			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 24 Patient*innen n = 229			**Modell 3** **LOCF zu T6** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 24 Patient*innen n = 229		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7.6	0.66, 14	0.033	7.9	0.39, 15	0.040	8.9	-10, 28	0.4
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-4.0	-9.7, 1.6	0.2	-0.01	-5.6, 5.6	>0.9	0.17	-5.5, 5.8	>0.9
Gesamtscore zu T0	0.61	0.49, 0.73	<0.001	0.61	0.50, 0.73	<0.001	0.60	0.49, 0.72	<0.001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0.48	-8.4, 7.4	0.9	-0.95	-9.8, 7.9	0.8	-1.6	-10, 6.8	0.7
Niedergelassene Praxis	-1.9	-9.6, 5.8	0.6	-2.5	-11, 6.3	0.5	-2.4	-11, 5.9	0.5
Einzugsgebiet der AOK Hessen	-2.0	-13, 9.2	0.7	3.1	-7.9, 14	0.6	3.5	-7.6, 15	0.5
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	1.2			3.2			2.4		
Residualfehler	18			20			20		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							3.3	-2.2, 8.8	0.2
Alter							-0.04	-0.29, 0.22	0.8

*Tabelle 8: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP1-Population im Vergleich zwischen C-RCT und VG I zum Zeitpunkt T5*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1*** **T5** Cluster n = 24 Patient*innen n = 249			**Modell 2*** **LOCF zu T5** Cluster n = 26 Patient*innen n = 340			**Modell 3*** **LOCF zu T5 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 26 Patient*innen n = 340		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	10	4.1, 17	0.001	11	5.6, 16	<0.001	-1.8	-18, 14	0.8
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-3.1	-8.5, 2.3	0.3	-0.77	-5.5, 4.0	0.7	-0.52	-5.2, 4.2	0.8
Gesamtscore zu T0	0.54	0.42, 0.66	<0.001	0.55	0.45, 0.65	<0.001	0.54	0.44, 0.64	<0.001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-4.1	-10, 2.3	0.2	-4.6	-10, 0.96	0.10	-5.0	-11, 0.55	0.077
Niedergelassene Praxis	-0.17	-6.9, 6.6	>0.9	0.38	-5.5, 6.3	>0.9	-0.01	-5.9, 5.9	>0.9
Einzugsgebiet der AOK Hessen									
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.00			0.00			0.00		
Residualfehler	21			21			21		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							5.2	0.49, 10	0.031
Alter							0.15	-0.06, 0.37	0.2

*Tabelle 9: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP2-Population im Vergleich zwischen C-RCT und VG I zum Zeitpunkt T6*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1*** **T6** Cluster n = 22 Patient*innen n = 163			**Modell 2** **LOCF zu T6** Cluster n = 25 Patient*innen n = 197			**Modell 3** **LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 25 Patient*innen n = 197		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,5	0,30, 15	0,041	7,8	-0,05, 16	0,051	7,9	-12, 27	0,4
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-4,1	-11, 2,3	0,2	-3,4	-9,6, 2,9	0,3	-3,3	-9,6, 2,9	0,3
Gesamtscore zu T0	0,57	0,43, 0,71	<0,001	0,58	0,46, 0,70	<0,001	0,57	0,45, 0,70	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,35	-8,4, 7,6	>0,9	1,4	-7,9, 11	0,8	0,90	-8,0, 9,8	0,8
Niedergelassene Praxis	-0,33	-7,8, 7,2	>0,9	-0,87	-9,9, 8,2	0,8	-0,75	-9,4, 7,9	0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			3,8			2,9		
Residualfehler	19			19			19		
Einzugsgebiet der AOK Hessen				-8,1	-21, 5,1	0,2	-8,1	-21, 5,2	0,2
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							3,3	-2,4, 9,0	0,3
Alter							-0,03	-0,29, 0,24	0,8

*Tabelle 10: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Patient*innen (SCNS-SF34-G) in der PP2-Population im Vergleich zwischen C-RCT und VG I zum Zeitpunkt T5*

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1*** **T5** Cluster n = 24 Patient*innen n = 207			**Modell 2*** **LOCF zu T5** Cluster n = 27 Patient*innen n = 283			**Modell 3*** **LOCF zu T5 kontrolliert für Alter & Geschlecht** Cluster n = 27 Patient*innen n = 283		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	10	3,0, 17	0,005	10	4,3, 16	<0,001	-7,7	-24, 8,5	0,4
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-6,1	-12, -0,26	0,041	-6,1	-12, -0,26	0,041	-5,1	-10, 0,03	0,051
Gesamtscore zu T0	0,50	0,36, 0,63	<0,001	0,50	0,36, 0,63	<0,001	0,50	0,39, 0,60	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-1,8	-9,1, 5,5	0,6	-1,8	-9,1, 5,5	0,6	-0,63	-6,9, 5,6	0,8
Niedergelassene Praxis	1,5	-5,7, 8,7	0,7	2,1	-4,3, 8,4	0,5	2,0	-4,2, 8,3	0,5
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	20			21			20		
Einzugsgebiet der AOK Hessen				-2,9	-13, 7,7	0,6			
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							6,2	1,3, 11	0,014
Alter							0,22	-0,01, 0,44	0,058

Tabelle 11: Unterstützungs- und Informationsbedarf Angehörigen (SCNS-P&C-G) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen IG und VG II

Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	**N**	**Gesamt** N = 157	**VG II** N = 78	**IG** N = 79
		Zeitpunkt T0		
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	156	23,3 (24,21)	22,9 (24,30)	23,7 (24,28)
Unbekannt		1 (0,6%)	0 (0%)	1 (1,3%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung	155	28,2 (30,65)	29,0 (32,89)	27,4 (28,40)
Unbekannt		2 (1,3%)	0 (0%)	2 (2,5%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich	157	24,3 (26,18)	23,2 (24,54)	25,5 (27,80)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit	154	20,8 (22,83)	18,9 (22,21)	22,6 (23,42)
Unbekannt		3 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (2,5%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie	156	11,9 (21,99)	10,6 (21,82)	13,2 (22,21)
Unbekannt		1 (0,6%)	1 (1,3%)	0 (0%)
		Zeitpunkt T1		
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	82	20,0 (21,58)	18,8 (21,87)	21,1 (21,52)
Unbekannt		75 (48%)	40 (51%)	35 (44%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung	82	24,7 (29,50)	24,1 (29,74)	25,3 (29,62)
Unbekannt		75 (48%)	40 (51%)	35 (44%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich	81	21,2 (24,75)	18,8 (23,13)	23,4 (26,16)
Unbekannt		76 (48%)	40 (51%)	36 (46%)

Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	**N**	**Gesamt** N = 157	**VG II** N = 78	**IG** N = 79
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit	81	17,8 (20,85)	16,5 (21,49)	18,9 (20,45)
Unbekannt		76 (48%)	40 (51%)	36 (46%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie	82	9,2 (18,56)	8,7 (19,98)	9,5 (17,46)
Unbekannt		75 (48%)	40 (51%)	35 (44%)
		Zeitpunkt T2		
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	59	17,0 (23,03)	16,0 (24,01)	18,3 (22,20)
Unbekannt		98 (62%)	46 (59%)	52 (66%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung	61	19,0 (26,83)	16,6 (27,08)	21,9 (26,73)
Unbekannt		96 (61%)	45 (58%)	51 (65%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich	58	19,5 (26,73)	18,3 (27,31)	21,0 (26,45)
Unbekannt		99 (63%)	46 (59%)	53 (67%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit	58	15,1 (22,62)	15,7 (24,54)	14,4 (20,46)
Unbekannt		99 (63%)	46 (59%)	53 (67%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie	58	8,6 (19,28)	8,0 (15,11)	9,4 (23,74)
Unbekannt		99 (63%)	46 (59%)	53 (67%)

N (%), Mittelwerte (Standardabweichung)

Tabelle 12: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G) im Vergleich zwischen IG und VG II zu den Zeitpunkten T2 und T1

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T2** Angehörige n = 58			**Modell 2** **T2** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Angehörige n = 56			**Modell 3** **T1** Angehörige n = 81			**Modell 4** **T1** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Angehörige n = 76		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,1	-2,2, 16	0,13	-4,7	-29, 20	0,7	6,7	-1,3, 15	0,10	7,1	-17, 31	0,6
Gruppenstatus (IG vs. VGII)	**1,2**	**-9,3, 12**	**0,8**	**2,6**	**-7,3, 12**	**0,6**	0,06	-8,5, 8,6	>0,9	0,41	-8,3, 9,1	>0,9
Gesamtscore zu T0	0,61	0,42, 0,81	<0,001	0,61	0,41, 0,80	<0,001	0,48	0,32, 0,64	<0,001	0,46	0,29, 0,63	<0,001
Einrichtungsart												
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—		—	—	
MVZ	-4,5	-17, 8,2	0,5	-7,2	-19, 5,0	0,2	4,1	-5,8, 14	0,4	5,0	-4,9, 15	0,3
Niedergelassene Praxis	-2,9	-14, 8,2	0,6	-2,7	-13, 8,1	0,6	3,6	-6,5, 14	0,5	5,8	-4,6, 16	0,3
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0,01	-0,34, 0,36	>0,9				0,03	-0,30, 0,35	0,9
Alter				6,9	-3,1, 17	0,2				-2,6	-11, 6,0	0,5

Tabelle 13: Unterstützungs- und Informationsbedarf Angehörigen (SCNS-P&C-G) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen VG I und C-RCT

Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	**N**	**Gesamt** N = 283[1]	**VG I** N = 126[1]	**C-RCT** N = 157[1]
		Zeitpunkt T0		
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	278	24,1 (24,21)	25,1 (24,26)	23,3 (24,21)
Unbekannt		5 (1,8%)	4 (3,2%)	1 (0,6%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung	279	29,3 (30,43)	30,8 (30,20)	28,2 (30,65)
Unbekannt		4 (1,4%)	2 (1,6%)	2 (1,3%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich	279	25,2 (26,55)	26,3 (27,09)	24,3 (26,18)
Unbekannt		4 (1,4%)	4 (3,2%)	0 (0%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit	274	20,9 (24,53)	21,1 (26,65)	20,8 (22,83)
Unbekannt		9 (3,2%)	6 (4,8%)	3 (1,9%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie	275	12,5 (21,89)	13,3 (21,83)	11,9 (21,99)
Unbekannt		8 (2,8%)	7 (5,6%)	1 (0,6%)
		Zeitpunkt T1		
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	153	18,6 (20,57)	16,9 (19,36)	20,0 (21,58)
Unbekannt		130 (46%)	55 (44%)	75 (48%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung	153	22,4 (27,15)	19,7 (24,07)	24,7 (29,50)
Unbekannt		130 (46%)	55 (44%)	75 (48%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich	152	19,9 (23,56)	18,4 (22,21)	21,2 (24,75)
Unbekannt		131 (46%)	55 (44%)	76 (48%)

Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	**N**	**Gesamt** N = 283[1]	**VG I** N = 126[1]	**C-RCT** N = 157[1]
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit	149	16,7 (22,42)	15,4 (24,25)	17,8 (20,85)
Unbekannt		134 (47%)	58 (46%)	76 (48%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie	153	8,8 (17,58)	8,5 (16,50)	9,2 (18,56)
Unbekannt		130 (46%)	55 (44%)	75 (48%)
		Zeitpunkt T2		
Unterstützungsbedarf (SCNS-P&C-G)	110	17,8 (22,18)	18,7 (21,35)	17,0 (23,03)
Unbekannt		173 (61%)	75 (60%)	98 (62%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung	112	20,3 (26,08)	21,7 (25,33)	19,0 (26,83)
Unbekannt		171 (60%)	75 (60%)	96 (61%)
Subskala: Bedürfnisse im emotionalen und psychischen Bereich	109	20,3 (26,41)	21,1 (26,29)	19,5 (26,73)
Unbekannt		174 (61%)	75 (60%)	99 (63%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Arbeit und sozialen Sicherheit	108	15,8 (23,06)	16,7 (23,77)	15,1 (22,62)
Unbekannt		175 (62%)	76 (60%)	99 (63%)
Subskala: Bedürfnisse im Bereich der Kommunikation und Familie	108	8,2 (17,79)	7,7 (16,07)	8,6 (19,28)
Unbekannt		175 (62%)	76 (60%)	99 (63%)

N (%), Mittelwert (SD)

Tabelle 14: Weiterführende Ergebnisse zum Unterstützungs- und Informationsbedarf von Angehörigen (SCNS-P&C-G) im Vergleich zwischen C-RCT und VG I zu den Zeitpunkten T2 und T1

Endpunkt: Unterstützungsbedarf	**Modell 1** **T2** Angehörige n = 108			**Modell 2** **T2** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Angehörige n = 108			**Modell 3** **T1** Angehörige n = 151			**Modell 4** **T1** **kontrolliert für Alter & Geschlecht** Angehörige n = 146		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	7,9	-0,47, 16	0,064	16	-13, 45	0,3	4,4	-1,6, 10	0,2	12	-11, 35	0,3
Gruppenstatus (C-RCT vs. VGI)	-0,44	-7,7, 6,8	>0,9	-0,55	-7,8, 6,7	0,9	2,5	-2,8, 7,8	0,4	2,4	-3,1, 7,8	0,4
Gesamtscore zu T0	0,52	0,37, 0,67	<0,001	0,51	0,35, 0,66	<0,001	0,53	0,42, 0,64	<0,001	0,53	0,41, 0,65	<0,001
Einrichtungsart												
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—		—	—	
MVZ	-1,7	-11, 7,6	0,7	-1,9	-11, 7,6	0,7	3,6	-2,9, 10	0,3	3,8	-2,8, 10	0,3
Niedergelassene Praxis	0,66	-7,9, 9,3	0,9	0,79	-7,9, 9,5	0,9	-0,95	-7,5, 5,7	0,8	-0,99	-7,8, 5,8	0,8
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				-0,10	-0,45, 0,25	0,6				-0,02	-0,29, 0,26	>0,9
Alter				-0,70	-8,4, 7,0	0,9				-4,4	-10, 1,3	0,13

Tabelle 15: Weiterführende Ergebnisse zu Krankenhausaufenthalten in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II

Endpunkt: Krankenhausaufenthalte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (VG I vs. VG II)	0.99	0.60, 1.61	>0.9	0.98	0.60, 1.61	>0.9
Krankenhausaufenthalte vor T0	1.30	0.95, 1.78	0.11	1.31	0.96, 1.79	0.094
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.64	0.38, 1.08	0.10	0.65	0.39, 1.10	0.11
Niedergelassene Praxis	0.76	0.42, 1.34	0.3	0.79	0.44, 1.41	0.4
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.57	0.27, 1.18	0.13	0.56	0.27, 1.18	0.13
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.29			0.29		
Alter				0.99	0.98, 1.00	0.2
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0.87	0.62, 1.21	0.4

Tabelle 16: Weiterführende Ergebnisse zu Notdienstkontakten in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II

Endpunkt: Notdienstkontakte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (VG I vs. VG II)	0.89	0.57, 1.39	0.6	0.90	0.58, 1.40	0.7
Notdienstkontakte vor T0	2.99	2.03, 4.40	<0.001	2.96	2.03, 4.31	<0.001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.49	0.30, 0.82	0.006	0.49	0.31, 0.77	0.002
Niedergelassene Praxis	0.58	0.35, 0.95	0.032	0.58	0.35, 0.96	0.033
Einzugsgebiet der AOK Hessen	1.08	0.60, 1.96	0.8			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.00			0.00		
Alter				1.01	0.99, 1.03	0.4
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0.95	0.65, 1.39	0.8

Tabelle 17: Weiterführende Ergebnisse zu Notaufnahmekontakten in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II

Endpunkt: Notaufnahme	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (VG I vs. VG II)	1.13	0.73, 1.76	0.6	1.13	0.71, 1.78	0.6
Notaufnahme vor T0	1.32	0.93, 1.88	0.12	1.33	0.93, 1.90	0.11
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.95	0.59, 1.54	0.8	0.95	0.59, 1.53	0.8
Niedergelassene Praxis	0.89	0.53, 1.51	0.7	0.84	0.49, 1.44	0.5
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.99	0.51, 1.92	>0.9			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.15			0.17		
Alter				0.99	0.97, 1.00	0.11
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1.26	0.88, 1.80	0.2

Tabelle 18: Weiterführende Ergebnisse zu Krankenhausaufenthalten in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II

Endpunkt: Krankenhausaufenthalte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	1.01	0.61, 1.68	>0.9	0.95	0.58, 1.57	0.9
Krankenhausaufenthalte vor T0	1.10	0.78, 1.55	0.6	1.08	0.76, 1.52	0.7
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.62	0.34, 1.14	0.13	0.68	0.37, 1.24	0.2
Niedergelassene Praxis	0.80	0.44, 1.44	0.5	0.84	0.47, 1.49	0.5
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.24	0.06, 0.99	0.048			
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.31			0.29		
Alter				0.98	0.97, 1.00	0.048
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0.79	0.55, 1.13	0.2

Tabelle 19: Weiterführende Ergebnisse zu Notdienstkontakten in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II

Endpunkt: Notdienstkontakte		**Modell 1**		**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	0.94	0.54, 1.64	0.8	0.90	0.50, 1.63	0.7
Notdienstkontakte vor T0	3.36	2.19, 5.16	<0.001	3.24	2.10, 4.99	<0.001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.46	0.24, 0.87	0.017	0.47	0.24, 0.94	0.032
Niedergelassene Praxis	0.61	0.35, 1.06	0.079	0.65	0.35, 1.19	0.2
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.68	0.29, 1.63	0.4	0.68	0.29, 1.63	0.4
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.17			0.25		
Alter				1.00	0.98, 1.02	>0.9
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0.69	0.44, 1.07	0.10

Tabelle 20: Weiterführende Ergebnisse zu Notaufnahmekontakten in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II

Endpunkt: Notaufnahmekontakte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	1.10	0.64, 1.90	0.7	1.07	0.62, 1.83	0.8
Notaufnahmekontakte vor T0	1.07	0.71, 1.62	0.7	1.13	0.74, 1.72	0.6
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	1.17	0.58, 2.38	0.7	1.20	0.60, 2.41	0.6
Niedergelassene Praxis	1.14	0.57, 2.31	0.7	1.08	0.55, 2.14	0.8
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.29	0.07, 1.19	0.085	0.30	0.07, 1.24	0.10
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.33			0.29		
Alter				0.98	0.97, 1.00	0.024
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1.29	0.86, 1.93	0.2

Tabelle 21: Weiterführende Ergebnisse zu Krankenhausaufenthalten im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG I

Endpunkt: Krankenhausaufenhtalte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)						
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	1.38	1.06, 1.78	0.015	1.38	1.07, 1.79	0.015
Krankenhausaufenhtalte vor T0	1.69	1.33, 2.15	<0.001	1.70	1.34, 2.16	<0.001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.99	0.56, 1.76	>0.9	1.02	0.57, 1.83	>0.9
Niedergelassene Praxis	1.35	0.86, 2.12	0.2	1.39	0.87, 2.19	0.2
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.72	0.42, 1.24	0.2	0.72	0.42, 1.23	0.2
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)	0.19			0.19		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)	0.37			0.34		
Alter				0.99	0.98, 1.00	0.2
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0.77	0.61, 0.99	0.038

Tabelle 22: Weiterführende Ergebnisse zu Notdienstkontakten im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG

Endpunkt: Notdienstkontakte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	1.01	0.73, 1.38	>0.9	1.02	0.75, 1.40	0.9
Notdienstkontakte vor T0	2.39	1.73, 3.30	<0.001	2.34	1.69, 3.23	<0.001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.67	0.34, 1.34	0.3	0.67	0.35, 1.29	0.2
Niedergelassene Praxis	0.95	0.55, 1.62	0.8	0.95	0.57, 1.58	0.8
Einzugsgebiet der AOK Hessen	1.42	0.84, 2.40	0.2	1.41	0.84, 2.39	0.2
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)	0.26			0.23		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)	0.17			0.19		
Alter				1.01	1.00, 1.03	0.070
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1.02	0.76, 1.38	0.9

Tabelle 23: Weiterführende Ergebnisse zu Notaufnahmekontakten im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG I

Endpunkt: Notaufnahmekontakte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	1.10	0.85, 1.43	0.5	1.10	0.84, 1.42	0.5
Notaufnahmekontakte vor T0	1.98	1.53, 2.56	<0.001	1.99	1.54, 2.58	<0.001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	1.00	0.68, 1.48	>0.9	0.98	0.66, 1.47	>0.9
Niedergelassene Praxis	1.11	0.75, 1.65	0.6	1.10	0.74, 1.65	0.6
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.97	0.59, 1.59	>0.9	0.96	0.59, 1.58	0.9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)				0.18		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)				0.00		
Alter				1.00	0.98, 1.01	0.6
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1.15	0.89, 1.48	0.3
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.16					

Tabelle 24: Weiterführende Ergebnisse zu Krankenhausaufenthalten im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I

Endpunkt: Krankenhausaufnehthalte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	1.33	1.01, 1.76	0.044	1.32	1.00, 1.75	0.053
Krankenhausaufnehthalte vor T0	1.60	1.23, 2.10	<0.001	1.60	1.23, 2.10	<0.001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	1.00	0.52, 1.92	>0.9	1.02	0.51, 2.02	>0.9
Niedergelassene Praxis	1.26	0.75, 2.10	0.4	1.28	0.73, 2.24	0.4
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.66	0.34, 1.30	0.2	0.69	0.35, 1.37	0.3
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)	0.28			0.34		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)	0.41			0.35		
Alter				0.99	0.98, 1.00	0.12
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0.78	0.60, 1.02	0.074

Tabelle 25: Weiterführende Ergebnisse zu Notdienstkontakten im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I

Endpunkt: Notdienstkontakte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	0.79	0.54, 1.15	0.2	0.81	0.56, 1.19	0.3
Notdienstkontakte vor T0	2.02	1.36, 3.00	<0.001	2.03	1.37, 3.01	<0.001
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	0.83	0.32, 2.19	0.7	0.95	0.45, 2.03	>0.9
Niedergelassene Praxis	1.17	0.55, 2.47	0.7	1.23	0.60, 2.53	0.6
Einzugsgebiet der AOK Hessen	1.37	0.67, 2.81	0.4	1.29	0.64, 2.63	0.5
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)	0.46					
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)	0.21					
Alter				1.01	0.99, 1.03	0.2
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				0.97	0.69, 1.36	0.9

Tabelle 26: Weiterführende Ergebnisse zu Notaufnahmekontakten im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I

Endpunkt: Notaufnahmekontakte	**Modell 1**			**Modell 3 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**	**IRR**	**95%-KI**	**p-Wert**
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	0.96	0.71, 1.30	0.8	0.95	0.70, 1.29	0.8
Notaufnahmekontakte vor T0						
Einrichtungsart						
Klinikambulanz	—	—		—	—	
MVZ	1.23	0.69, 2.19	0.5	1.21	0.66, 2.20	0.5
Niedergelassene Praxis	1.28	0.72, 2.26	0.4	1.28	0.71, 2.32	0.4
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0.86	0.45, 1.65	0.6	0.83	0.43, 1.61	0.6
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)						
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)						
Alter				0.99	0.98, 1.01	0.4
Geschlecht (weiblich vs. männlich)				1.34	1.00, 1.79	0.052
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.35			0.37		

Tabelle 27: Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen IG und VG II

Gesundheits-bezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**N**	**Gesamt** N = 394	**VG II** N = 188	**IG** N = 206
Lebensqualität zu T0	380	0.7 (0.25)	0.8 (0.23)	0.7 (0.26)
Unbekannt		14 (3,55%)	7 (3,7%)	7 (3,4%)
Lebensqualität zu T1	290	0.8 (0.22)	0.8 (0.22)	0.8 (0.23)
Unbekannt		104 (26%)	50 (27%)	54 (26%)
Lebensqualität zu T2	239	0.8 (0.24)	0.8 (0.18)	0.8 (0.28)
Unbekannt		155 (39%)	78 (41%)	77 (38%)
Lebensqualität zu T3	206	0.8 (0.22)	0.8 (0.15)	0.8 (0.27)
Unbekannt		188 (48%)	93 (49%)	95 (46%)
Lebensqualität zu T4	180	0.8 (0.22)	0.8 (0.18)	0.8 (0.24)
Unbekannt		214 (54%)	106 (56%)	108 (52%)
Lebensqualität zu T5	155	0.8 (0.25)	0.8 (0.23)	0.8 (0.27)
Unbekannt		239 (61%)	117 (62%)	122 (59%)
Lebensqualität zu T 6	98	0.8 (0.22)	0.8 (0.23)	0.8 (0.21)
Unbekannt		296 (75%)	146 (78%)	150 (73%)

N (%), Mittelwert (Standardabweichung)

Tabelle 28: Weiterführende Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**Modell 1**			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,86	0,75, 0,98	<0,001	0,83	0,75, 0,91	<0,001	0,80	0,56, 1,0	<0,001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-0,08	-0,19, 0,03	0,2	-0,07	-0,16, 0,01	0,083	-0,07	-0,16, 0,01	0,084
Lebensqualität zu T0	0,00	0,00, 0,00	0,064	0,00	0,00, 0,00	<0,001	0,00	0,00, 0,00	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	0,05	-0,07, 0,17	0,4	0,09	0,00, 0,18	0,053	0,09	0,00, 0,18	0,055
Niedergelassene Praxis	-0,09	-0,23, 0,04	0,2	0,00	-0,10, 0,10	>0,9	0,00	-0,10, 0,10	>0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	0,22			0,23			0,23		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							0,00	-0,07, 0,08	>0,9
Alter							0,00	0,00, 0,00	0,8

Tabelle 29: Weiterführende Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**Modell 1**			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0.86	0.75, 0.98	<0.001	0.83	0.75, 0.91	<0.001	0.80	0.56, 1.0	<0.001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-0.08	-0.19, 0.03	0.2	-0.07	-0.16, 0.01	0.083	-0.07	-0.16, 0.01	0.084
Lebensqualität zu T0	0.00	0.00, 0.00	0.064	0.00	0.00, 0.00	<0.001	0.00	0.00, 0.00	<0.001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	0.05	-0.07, 0.17	0.4	0.09	0.00, 0.18	0.053	0.09	0.00, 0.18	0.055
Niedergelassene Praxis	-0.09	-0.23, 0.04	0.2	0.00	-0.10, 0.10	>0.9	0.00	-0.10, 0.10	>0.9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0.00			0.00			0.00		
Residualfehler	0.22			0.23			0.23		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							0.00	-0.07, 0.08	>0.9
Alter							0.00	0.00, 0.00	0.8

Tabelle 30: Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Gesundheits-bezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VGI** N = 377
Lebensqualität zu T0	705	0.7 (0.26)	0.7 (0.25)	0.7 (0.28)
Unbekannt		120 (15%)	68 (15%)	52 (14%)
Lebensqualität zu T1	551	0.8 (0.25)	0.8 (0.24)	0.7 (0.27)
Unbekannt		274 (33%)	147 (33%)	127 (34%)
Lebensqualität zu T2	458	0.8 (0.28)	0.8 (0.27)	0.7 (0.29)
Unbekannt		367 (44%)	200 (45%)	167 (44%)
Lebensqualität zu T3	389	0.8 (0.27)	0.8 (0.24)	0.8 (0.29)
Unbekannt		436 (53%)	237 (53%)	199 (53%)
Lebensqualität zu T4	333	0.8 (0.24)	0.8 (0.24)	0.8 (0.24)
Unbekannt		492 (60%)	264 (59%)	228 (60%)
Lebensqualität zu T5	288	0.8 (0.27)	0.8 (0.26)	0.8 (0.28)
Unbekannt		537 (65%)	288 (64%)	249 (74%)
Lebensqualität zu T6	212	0.8 (0.26)	0.8 (0.22)	0.8 (0.28)
Unbekannt		613 (74%)	348 (78%)	265 (70%)

N (%), Mittelwert (Standardabweichung)

Tabelle 31:Weiterführende Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG I zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**Modell 1**			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,89	0,77, 1,0	<0,001	0,85	0,75, 0,95	<0,001	0,90	0,68, 1,1	<0,001
Gruppenstatus (cRCT vs. VG I)	0,01	-0,07, 0,09	0,8	0,00	-0,07, 0,06	>0,9	0,00	-0,07, 0,06	>0,9
Lebensqualität zu T0	0,00	-0,01, 0,00	<0,001	0,00	-0,01, 0,00	<0,001	0,00	-0,01, 0,00	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,06	-0,22, 0,09	0,3	0,00	-0,13, 0,13	>0,9	0,00	-0,14, 0,14	>0,9
Niedergelassene Praxis	-0,06	-0,21, 0,09	0,4	-0,03	-0,16, 0,10	0,6	-0,03	-0,16, 0,11	0,6
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,01	-0,15, 0,16	>0,9	0,01	-0,11, 0,14	0,8	0,01	-0,11, 0,14	0,8
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,04			0,04			0,03		
Residualfehler	0,25			0,26			0,26		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							0,00	-0,06, 0,07	>0,9
Alter							0,00	0,00, 0,00	0,6

Tabelle 32: Weiterführende Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	**Modell 1** **T6**			**Modell 2** **LOCF zu T6**			**Modell 3** **LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,88	0,78, 0,99	<0,001	0,83	0,74, 0,92	<0,001	0,87	0,67, 1,1	<0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	0,03	-0,05, 0,10	0,5	0,02	-0,04, 0,08	0,5	0,02	-0,04, 0,08	0,5
Lebensqualität zu T0	0,00	-0,01, 0,00	<0,001	0,00	0,00, 0,00	<0,001	0,00	0,00, 0,00	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,06	-0,18, 0,07	0,3	0,01	-0,09, 0,10	0,9	0,01	-0,09, 0,11	0,9
Niedergelassene Praxis	-0,05	-0,17, 0,08	0,4	0,00	-0,08, 0,09	>0,9	0,01	-0,08, 0,09	0,9
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,00	-0,14, 0,14	>0,9	-0,01	-0,11, 0,10	>0,9	-0,01	-0,11, 0,10	>0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,04								
Residualfehler	0,25			0,25			0,25		
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (genestet in Bundesland) (Interzept)				0,03			0,02		
Zufallseffekt des Bundeslandes (Interzept)				0,03			0,03		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0,01	-0,07, 0,05	0,7
Alter							0,00	0,00, 0,00	0,6

*Tabelle 33: Koordination der Versorgung (CCI) von Patient*innen mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen IG und VG II*

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**N**	**Gesamt** N = 448	**IG** N = 234	**VG II** N = 214
		Zeitpunkt T0		
Gesamtscore	394	52 (45, 61)	51 (43, 59)	51 (45, 61)
Unbekannt		54 (#%)	28 (12%)	26 (12,2%)
Subskala: Kommunikation und Information	394	31 (26, 37)	30 (24, 36)	30 (25, 37)
Unbekannt		54 (#%)	28 (12%)	26 (12,2%)
Subskala: Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation	394	30 (25, 34)	30 (24, 33)	29 (25, 34)
Unbekannt		54 (#%)	28 (12%)	26 (12,2%)
		Zeitpunkt T2		
Gesamtscore	243	52 (43, 61)	50 (43, 62)	52 (46, 62)
Unbekannt		205 (#%)	101 (43,2%)	104 (48,6%)
Subskala: Kommunikation und Information	243	30 (25, 36)	30 (24, 37)	31 (27, 36)
Unbekannt		205 (#%)	101 (43,2%)	104 (48,6%)
Subskala: Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation	243	30 (24, 35)	29 (23, 36)	30 (25, 35)
Unbekannt		205 (#%)	101 (43,2%)	104 (48,6%)
		Zeitpunkt T4		
Gesamtscore	183	54 (44, 63)	52 (42, 63)	54 (45, 64)
Unbekannt		265 (#%)	134 (57,3%)	131 (61,2%)
Subskala: Kommunikation und Information	183	31 (26, 38)	30 (24, 38)	31 (26, 38)

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**N**	**Gesamt** N = 448	**IG** N = 234	**VG II** N = 214
Unbekannt		265 (#%)	134 (57,3%)	131 (61,2%)
Subskala:				
Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation	183	31 (25, 36)	29 (24, 36)	31 (25, 38)
Unbekannt		265 (#%)	134 (57,3%)	131 (61,2%)
		Zeitpunkt T6		
Gesamtscore		54 (45, 65)	55 (47, 64)	54 (44, 66)
Unbekannt		# (#%)	175 (74,8%)	170 (79,4%)
Subskala:				
Kommunikation und Information		32 (26, 39)	31 (27, 40)	31 (26, 40)
Unbekannt		# (#%)	175 (74,8%)	170 (79,4%)
Subskala:				
Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation		31 (25, 37)	31 (26, 37)	31 (25, 37)
Unbekannt		# (#%)	175 (74,8%)	170 (79,4%)

N (%), Mittelwert (Standardabweichung)

Tabelle 34: Weiterführende Ergebnisse zur Koordination der Versorgung (CCI) in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**Modell 1**			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	47	38, 56	<0,001	48	40, 57	<0,001	47	19, 76	0,001
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-0,02	-9,1, 9,0	>0,9	1,1	-7,4, 9,7	0,8	1,1	-7,6, 9,7	0,8
Gesamtscore zu T0	-0,09	-0,27, 0,08	0,3	-0,13	-0,29, 0,03	0,12	-0,13	-0,30, 0,03	0,12
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	9,6	-0,71, 20	0,068	7,9	-1,4, 17	0,10	8,0	-1,5, 18	0,10
Niedergelassene Praxis	10	-0,73, 21	0,067	9,3	-1,1, 20	0,080	9,1	-1,5, 20	0,090
Einzugsgebiet der AOK Hessen	-4,5	-20, 11	0,6	-1,7	-15, 12	0,8	-1,4	-15, 12	0,8
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	18			18			18		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							1,4	-6,6, 9,3	0,7
Alter							0,00	-0,38, 0,39	>0,9

Tabelle 35: Weiterführende Ergebnisse zur Koordination der Versorgung (CCI) in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**Modell 1**			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	46	36, 56	<0,001	48	39, 58	<0,001	46	17, 75	0,002
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	1,1	-8,5, 11	0,8	2,5	-6,6, 12	0,6	2,6	-6,8, 12	0,6
Gesamtscore zu T0	0,00	-0,21, 0,21	>0,9	-0,05	-0,24, 0,13	0,6	-0,06	-0,25, 0,13	0,5
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	9,6	-2,3, 21	0,11	6,7	-4,4, 18	0,2	6,7	-4,6, 18	0,2
Niedergelassene Praxis	8,1	-3,0, 19	0,2	6,0	-4,6, 17	0,3	5,9	-4,8, 17	0,3
Einzugsgebiet der AOK Hessen	-4,7	-27, 17	0,7						
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	17			17			17		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							3,7	-4,7, 12	0,4
Alter							0,01	-0,38, 0,41	>0,9

*Tabelle 36: Koordination der Versorgung (CCI) von Patient*innen mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
		Zeitpunkt T0		
Gesamtscore	733	52 (45, 61)	51 (44, 60)	53 (46, 61)
Unbekannt		92 (11,2%)	54 (12%)	38 (10%)
Subskala: Kommunikation und Information	733	31 (26, 37)	30 (25, 36)	32 (27, 37)
Unbekannt		92 (11,2%)	54 (12%)	38 (10%)
Subskala: Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation	733	30 (25, 34)	30 (25, 34)	30 (26, 34)
Unbekannt		92 (11,2%)	54 (12%)	38 (10%)
		Zeitpunkt T2		
Gesamtscore	458	52 (43, 61)	52 (44, 62)	53 (43, 60)
Unbekannt		367 (44,5%)	205 (45,8%)	162 (43%)
Subskala: Kommunikation und Information	458	30 (25, 36)	30 (25, 36)	30 (25, 36)
Unbekannt		367 (44,5%)	205 (45,8%)	162 (43%)
Subskala: Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation	458	30 (24, 35)	30 (24, 35)	30 (24, 34)
Unbekannt		367 (44,5%)	205 (45,8%)	162 (43%)
		Zeitpunkt T4		
Gesamtscore	337	54 (44, 63)	52 (43, 63)	55 (47, 63)
Unbekannt		488 (59,2%)	265 (59,2%)	223 (59,2%)
Subskala: Kommunikation und Information	337	31 (26, 38)	30 (25, 38)	33 (26, 38)
Unbekannt		488 (59,2%)	265 (59,2%)	223 (59,2%)

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Subskala: Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation	337	31 (25, 36)	30 (24, 36)	31 (27, 36)
Unbekannt		488 (59,2%)	265 (59,2%)	223 (59,2%)
		Zeitpunkt T6		
Gesamtscore	223	54 (45, 65)	54 (44, 65)	54 (45, 65)
Unbekannt		602 (73%)	345 (77%)	257 (68,2%)
Subskala: Kommunikation und Information	223	32 (26, 39)	31 (27, 40)	32 (26, 38)
Unbekannt		602 (73%)	345 (77%)	257 (68,2%)
Subskala: Bedarfsbasierte interprofessionelle Navigation	223	31 (25, 37)	31 (26, 37)	32 (25, 37)
Unbekannt		602 (73%)	345 (77%)	257 (68,2%)

N (%), Mittwelwert (Standardabweichung)

Tabelle 37: Weiterführende Ergebnisse zur Koordination der Versorgung (CCI) im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG I zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**Modell 1**			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	52	46, 57	<0,001	51	46, 56	<0,001	60	44, 76	<0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-0,51	-5,5, 4,5	0,8	0,49	-4,2, 5,2	0,8	0,18	-4,5, 4,9	>0,9
Gesamtscore zu T0	-0,15	-0,26, -0,04	0,007	-0,15	-0,25, -0,05	0,003	-0,14	-0,24, -0,04	0,004
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	4,7	-1,5, 11	0,13	4,5	-1,2, 10	0,12	4,5	-1,2, 10	0,12
Niedergelassene Praxis	6,1	0,00, 12	0,050	6,4	0,78, 12	0,026	6,4	0,73, 12	0,027
Einzugsgebiet der AOK Hessen	-5,0	-15, 5,1	0,3	-4,2	-14, 5,1	0,4	-4,0	-13, 5,3	0,4
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	17			17			17		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-2,9	-7,5, 1,6	0,2
Alter							-0,11	-0,33, 0,11	0,3

Tabelle 38: Weiterführende Ergebnisse zur Koordination der Versorgung (CCI) im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Koordination der Versorgung (CCI)	**Modell 1**			**Modell 2**			**Modell 3**		
	T6			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	52	46, 58	<0,001	51	45, 56	<0,001	62	45, 78	<0,001
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	0,27	-5,2, 5,8	>0,9	1,3	-3,9, 6,5	0,6	0,89	-4,3, 6,1	0,7
Gesamtscore zu T0	-0,15	-0,27, -0,03	0,014	-0,14	-0,25, -0,04	0,007	-0,14	-0,24, -0,03	0,010
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	4,6	-2,2, 11	0,2	4,7	-1,5, 11	0,14	4,6	-1,5, 11	0,14
Niedergelassene Praxis	5,4	-0,88, 12	0,091	6,1	0,26, 12	0,041	6,1	0,24, 12	0,041
Einzugsgebiet der AOK Hessen	-1,8	-14, 10	0,8						
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	16			16			16		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-2,8	-7,5, 2,0	0,2
Alter							-0,14	-0,36, 0,08	0,2

Tabelle 39: Übersicht zur Patienten-Empowerment (PEN-13) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen IG und VG II

Patienten-Empowerment (PEN-13)	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Gesamtscore zu T0	381	30,7 (9,29)	29,9 (8,99)	31,5 (9,52)
Unbekannt		67 (15%)	32 (15%)	35 (15%)
Gesamtscore zu T2	241	28,1 (9,09)	27,9 (8,87)	28,2 (9,33)
Ubekannt		207 (46%)	100 (47%)	107 (46%)
Gesamtscore zu T4	183	27,7 (9,91)	26,5 (8,50)	28,7 (10,92)
Unbekannt		265 (59%)	129 (60%)	136 (58%)
Gesamtscore zu T6	102	27,2 (10,46)	27,5 (9,82)	26,9 (11,00)
Unbekannt		346 (77%)	170 (79%)	176 (75%)

N (%), Mittelwert (Standardabweichung)

Tabelle 40: Weiterführende Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Patienten-Empowerment (PEN-13)	**Modell 1** **T6**			**Modell 2** **LOCF zu T6**			**Modell 3** **LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	13	5,3, 20	<0,001	8,3	3,0, 14	0,002	15	5,3, 25	0,003
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-0,29	-4,7, 4,1	0,9	-0,32	-3,7, 3,0	0,9	-0,20	-3,6, 3,2	>0,9
Gesamtscore zu T0	0,57	0,36, 0,78	<0,001	0,68	0,53, 0,84	<0,001	0,69	0,53, 0,85	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-3,3	-8,1, 1,4	0,2	-1,0	-4,5, 2,4	0,6	-0,80	-4,3, 2,6	0,6
Niedergelassene Praxis	1,3	-4,2, 6,7	0,6	1,0	-2,8, 4,9	0,6	1,5	-2,3, 5,4	0,4
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	8,8			8,4			8,4		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-1,8	-4,7, 1,1	0,2
Alter							-0,10	-0,23, 0,03	0,13

Tabelle 41:Weiterführende Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Patienten-Empowerment (PEN-13)	**Modell 1** **T6**			**Modell 2** **LOCF zu T6**			**Modell 3** **LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	12	3,3, 21	0,008	7,6	1,7, 14	0,012	13	2,5, 23	0,015
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-2,2	-6,9, 2,5	0,4	-1,6	-5,3, 2,1	0,4	-1,9	-5,6, 1,9	0,3
Gesamtscore zu T0	0,54	0,28, 0,80	<0,001	0,68	0,50, 0,86	<0,001	0,70	0,52, 0,89	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-2,5	-8,5, 3,4	0,4	-0,26	-4,6, 4,1	>0,9	0,19	-4,2, 4,6	>0,9
Niedergelassene Praxis	3,4	-2,2, 9,0	0,2	2,5	-1,3, 6,3	0,2	2,9	-0,92, 6,7	0,14
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	8,3			7,9			7,9		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-2,1	-5,1, 0,95	0,2
Alter							-0,07	-0,21, 0,06	0,3

Tabelle 42: Übersicht zur Patienten-Empowerment (PEN-13) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen C-RCT und VG I

Patienten-Empowerment (PEN-13)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Gesamtscore zu T0	716	30,4 (9,32)	30,7 (9,29)	30,0 (9,34)
Unbekannt		109 (13%)	67 (15%)	42 (11%)
Gesamtscore zu T2	451	28,6 (9,74)	28,1 (9,09)	29,3 (10,41)
Ubekannt		374 (45%)	207 (46%)	167 (44%)
Gesamtscore zu T4	333	27,5 (9,84)	27,7 (9,91)	27,3 (9,79)
Unbekannt		492 (60%)	265 (59%)	227 (60%)
Gesamtscore zu T6	219	27,5 (10,17)	27,2 (10,46)	27,7 (9,96)
Unbekannt		606 (73%)	346 (77%)	260 (69%)

N (%), Mittelwert (Standardabweichung)

Tabelle 43: Weiterführende Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) im Vergleich zwischen C-RCT (PP1-Population) und VG I zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Patienten-Empowerment (PEN-13)	**Modell 1** **T6**			**Modell 2** **LOCF zu T6**			**Modell 3** **LOCF zu T6** **kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	12	7,1, 16	<0,001	10	6,4, 14	<0,001	12	4,4, 19	0,002
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-0,76	-3,2, 1,6	0,5	-0,69	-2,7, 1,3	0,5	-0,72	-2,7, 1,3	0,5
Gesamtscore zu T0	0,57	0,44, 0,70	<0,001	0,62	0,52, 0,73	<0,001	0,62	0,51, 0,73	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,89	-4,6, 2,8	0,6	-0,34	-3,5, 2,8	0,8	-0,30	-3,5, 2,9	0,8
Niedergelassene Praxis	0,35	-3,2, 3,9	0,8	0,23	-2,8, 3,3	0,9	0,27	-2,8, 3,4	0,9
Einzugsgebiet der AOK Hessen	0,96	-3,7, 5,7	0,7	-0,32	-3,9, 3,3	0,9	-0,33	-4,0, 3,3	0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,47			0,95			1,1		
Residualfehler	8,5			8,3			8,4		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0,04	-2,1, 2,0	>0,9
Alter							-0,02	-0,12, 0,07	0,6

Tabelle 44: Weiterführende Ergebnisse zum Patienten-Empowerment (PEN-13) im Vergleich zwischen C-RCT (PP2-Population) und VG I zum Zeitpunkt T6

Endpunkt: Patienten-Empowerment (PEN-13)	**Modell 1** **T6**			**Modell 2** **LOCF zu T6**			**Modell 3** **LOCF zu T6** **kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	12	7,1, 17	<0,001	11	7,0, 16	<0,001	13	4,2, 21	0,004
Gruppenstatus (C-RCT vs. VG I)	-1,8	-4,7, 1,1	0,2	-1,4	-3,9, 1,0	0,3	-1,5	-4,0, 0,97	0,2
Gesamtscore zu T0	0,54	0,39, 0,69	<0,001	0,58	0,45, 0,71	<0,001	0,57	0,44, 0,70	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,64	-4,2, 2,9	0,7	-0,22	-3,2, 2,8	0,9	-0,22	-3,3, 2,8	0,9
Niedergelassene Praxis	1,1	-2,2, 4,4	0,5	0,54	-2,4, 3,5	0,7	0,64	-2,4, 3,6	0,7
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	8,5			8,4			8,4		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							0,88	-1,5, 3,3	0,5
Alter							-0,02	-0,13, 0,08	0,7

Tabelle 45: Übersicht zur Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM) mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen IG und VG II

Kommunikative Gesundheits-kompetenz (HL-COM)	**N**	**Gesamt** N = 448	**IG** N = 234	**VG II** N = 214
Mittlere Gesundheits-kompetenz zu T0	380	1,8 (0,68)	1,9 (0,68)	1,8 (0,68)
Unbekannt		68 (15%)	35 (15%)	33 (15%)
Mittlere Gesundheits-kompetenz zu T2	244	1,9 (0,68)	1,9 (0,69)	1,8 (0,66)
Unbekannt		204 (46%)	105 (45%)	99 (46%)
Mittlere Gesundheits-kompetenz zu T4	179	1,8 (0,72)	1,9 (0,76)	1,8 (0,67)
Unbekannt		269 (60%)	139 (59%)	130 (61%)
Mittlere Gesundheits-kompetenz zu T6	100	1,7 (0,70)	1,6 (0,66)	1,8 (0,75)
Unbekannt		348 (78%)	178 (76%)	170 (79%)

N (%), Mittelwert (Standardabweichung)

Tabelle 46: Weiterführende Ergebnisse zur kommunikativen Gesundheitskompetenz (HL-COM) in der PP1-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6 und last observation carried forward (LOCF)

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
Endpunkt: Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM)	**T6**			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,96	0,51, 1,4	<0,001	0,88	0,46, 1,3	<0,001	1,0	0,03, 2,0	0,044
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	0,01	-0,29, 0,31	>0,9	0,00	-0,28, 0,28	>0,9	0,00	-0,29, 0,28	>0,9
Gesundheitskompetenz zu T0	0,51	0,30, 0,72	<0,001	0,55	0,36, 0,74	<0,001	0,55	0,36, 0,75	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,30	-0,62, 0,03	0,075	-0,27	-0,56, 0,03	0,081	-0,26	-0,57, 0,04	0,085
Niedergelassene Praxis	-0,05	-0,42, 0,32	0,8	-0,01	-0,36, 0,33	>0,9	-0,01	-0,36, 0,35	>0,9
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,00		
Residualfehler	0,60			0,59			0,60		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0,08	-0,35, 0,19	0,5
Alter							0,00	-0,01, 0,01	0,8

Tabelle 47: Weiterführende Ergebnisse zur kommunikativen Gesundheitskompetenz (HL-COM) in der PP2-Population im Vergleich zwischen IG und VG II zum Zeitpunkt T6 und last observation carried forward (LOCF)

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
Endpunkt: Kommunikative Gesundheitskompetenz (HL-COM)	**T6**			**LOCF zu T6**			**LOCF zu T6 kontrolliert für Alter & Geschlecht**		
Prädiktoren	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**	**β**	**95%-KI**	**p-Wert**
Interzept (Achsenabschnitt)	0,95	0,48, 1,4	<0,001	0,89	0,45, 1,3	<0,001	1,0	-0,02, 2,1	0,053
Gruppenstatus (IG vs. VG II)	-0,03	-0,36, 0,30	0,9	-0,04	-0,35, 0,27	0,8	-0,05	-0,40, 0,30	0,7
Gesundheitskompetenz zu T0	0,49	0,26, 0,71	<0,001	0,51	0,30, 0,72	<0,001	0,52	0,31, 0,73	<0,001
Einrichtungsart									
Klinikambulanz	—	—		—	—		—	—	
MVZ	-0,30	-0,70, 0,11	0,15	-0,25	-0,63, 0,13	0,2	-0,23	-0,80, 0,34	0,3
Niedergelassene Praxis	0,07	-0,31, 0,46	0,7	0,10	-0,26, 0,46	0,6	0,07	-0,75, 0,89	0,7
Zufallseffekt der onkologischen Einrichtung (Interzept)	0,00			0,00			0,05		
Residualfehler	0,59			0,58			0,57		
Geschlecht (weiblich vs. männlich)							-0,15	-0,44, 0,14	0,3
Alter							0,00	-0,01, 0,01	0,8
Krankenkasse							0,45	-0,17, 1,1	0,15

*Tabelle 48:Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP) von Patient*innen mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen IG und VG II*

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
		Zeitpunkt T0		
Subskala: Praxisorganisation	387			
Sehr zufrieden		140 (36%)	78 (42%)	62 (31%)
Eher zufrieden		234 (60%)	103 (56%)	131 (65%)
Eher unzufrieden		13 (3,4%)	4 (2,2%)	9 (4,5%)
Unbekannt		61	29	32
Subskala: Information	387			
Sehr zufrieden		127 (33%)	64 (35%)	63 (31%)
Eher zufrieden		209 (54%)	102 (55%)	107 (53%)
Eher unzufrieden		48 (12%)	17 (9,2%)	31 (15%)
Sehr unzufrieden		3 (0,8%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)
Unbekannt		61	30	31
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	381			
Sehr zufrieden		208 (55%)	105 (57%)	103 (52%)
Eher zufrieden		151 (40%)	74 (40%)	77 (39%)
Eher unzufrieden		20 (5,2%)	3 (1,6%)	17 (8,6%)
Sehr unzufrieden		2 (0,5%)	2 (1,1%)	0 (0%)
Unbekannt		67	30	37
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in den Entscheidungs-prozess	369			
Sehr zufrieden		197 (53%)	101 (57%)	96 (50%)
Eher zufrieden		157 (43%)	67 (38%)	90 (47%)
Eher unzufrieden		15 (4,1%)	10 (5,6%)	5 (2,6%)

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Unbekannt		79	36	43
Subskala: Zufriedenheit mit der Partizipation	365			
Immer		101 (28%)	55 (31%)	46 (25%)
Meistens		167 (46%)	80 (45%)	87 (47%)
Selten		67 (18%)	32 (18%)	35 (19%)
Nie		30 (8,2%)	11 (6,2%)	19 (10%)
Unbekannt		83	36	47
Subskala: Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen	374			
Sehr zufrieden		160 (43%)	80 (44%)	80 (42%)
Eher zufrieden		183 (49%)	91 (50%)	92 (48%)
Eher unzufrieden		24 (6,4%)	8 (4,4%)	16 (8,3%)
Sehr unzufrieden		7 (1,9%)	3 (1,6%)	4 (2,1%)
Unbekannt		74	32	42
Subskala: Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt	368			
Sehr zufrieden		127 (35%)	67 (37%)	60 (32%)
Eher zufrieden		201 (55%)	96 (54%)	105 (56%)
Eher unzufrieden		35 (9,5%)	14 (7,8%)	21 (11%)
Sehr unzufrieden		5 (1,4%)	2 (1,1%)	3 (1,6%)
Unbekannt		80	35	45
Subskala: Vetrauen zum Arzt/ zur Ärztin	383			
Ja, ich habe großes Vertrauen		201 (52%)	97 (53%)	104 (52%)

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		131 (34%)	63 (34%)	68 (34%)
Ich habe eher wenig Vertrauen		12 (3,1%)	4 (2,2%)	8 (4,0%)
Nein ich habe kein Vertrauen		1 (0,3%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		38 (9,9%)	20 (11%)	18 (9,0%)
Unbekannt		65	30	35
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	380			
Sehr zufrieden		168 (44%)	86 (47%)	82 (42%)
Eher zufrieden		197 (52%)	92 (50%)	105 (54%)
Eher unzufrieden		14 (3,7%)	5 (2,7%)	9 (4,6%)
Sehr unzufrieden		1 (0,3%)	1 (0,5%)	0 (0%)
Unbekannt		68	30	38
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt	380			
Sehr zufrieden		203 (53%)	102 (55%)	101 (52%)
Eher zufrieden		159 (42%)	76 (41%)	83 (43%)
Eher unzufrieden		16 (4,2%)	6 (3,2%)	10 (5,1%)
Sehr unzufrieden		2 (0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)
Unbekannt		68	29	39
		Zeitpunkt T2		
Subskala: Praxisorganisation	248			
Sehr zufrieden		100 (40%)	51 (44%)	49 (37%)
Eher zufrieden		139 (56%)	62 (53%)	77 (58%)

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Eher unzufrieden		7 (2,8%)	2 (1,7%)	5 (3,8%)
Sehr unzufrieden		2 (0,8%)	1 (0,9%)	1 (0,8%)
Unbekannt		200	98	102
Subskala: Information	246			
Sehr zufrieden		78 (32%)	40 (35%)	38 (29%)
Eher zufrieden		134 (54%)	61 (53%)	73 (56%)
Eher unzufrieden		33 (13%)	13 (11%)	20 (15%)
Sehr unzufrieden		1 (0,4%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Unbekannt		202	99	103
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	237			
Sehr zufrieden		122 (51%)	63 (56%)	59 (48%)
Eher zufrieden		101 (43%)	44 (39%)	57 (46%)
Eher unzufrieden		13 (5,5%)	5 (4,4%)	8 (6,5%)
Sehr unzufrieden		1 (0,4%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Unbekannt		211	101	110
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungs-prozesse	238			
Sehr zufrieden		128 (54%)	63 (56%)	65 (52%)
Eher zufrieden		94 (39%)	44 (39%)	50 (40%)
Eher unzufrieden		13 (5,5%)	5 (4,4%)	8 (6,4%)
Sehr unzufrieden		3 (1,3%)	1 (0,9%)	2 (1,6%)
Unbekannt		210	101	109
Subskala: Zufriedenheit mit der Partizipation	234			
Immer		81 (35%)	42 (38%)	39 (32%)

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Meistens		86 (37%)	44 (39%)	42 (34%)
Selten		43 (18%)	15 (13%)	28 (23%)
Nie		24 (10%)	11 (9,8%)	13 (11%)
Unbekannt		214	102	112
Subskala: Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen	237			
Sehr zufrieden		101 (43%)	49 (43%)	52 (42%)
Eher zufrieden		105 (44%)	54 (48%)	51 (41%)
Eher unzufrieden		28 (12%)	8 (7,1%)	20 (16%)
Sehr unzufrieden		3 (1,3%)	2 (1,8%)	1 (0,8%)
Unbekannt		211	101	110
Subskala: Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt	232			
Sehr zufrieden		90 (39%)	46 (42%)	44 (36%)
Eher zufrieden		112 (48%)	55 (50%)	57 (47%)
Eher unzufrieden		26 (11%)	9 (8,2%)	17 (14%)
Sehr unzufrieden		4 (1,7%)	0 (0%)	4 (3,3%)
Unbekannt		216	104	112
Subskala: Vertrauen zum Arzt/ zur Ärztin	238			
Ja, ich habe großes Vertrauen		131 (55%)	61 (54%)	70 (56%)
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		81 (34%)	42 (38%)	39 (31%)
Ich habe eher wenig Vertrauen		17 (7,1%)	5 (4,5%)	12 (9,5%)
Nein ich habe kein Vertrauen		2 (0,8%)	1 (0,9%)	1 (0,8%)

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		7 (2,9%)	3 (2,7%)	4 (3,2%)
Unbekannt		210	102	108
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	237			
Sehr zufrieden		104 (44%)	47 (42%)	57 (46%)
Eher zufrieden		123 (52%)	61 (54%)	62 (50%)
Eher unzufrieden		10 (4,2%)	4 (3,6%)	6 (4,8%)
Unbekannt		211	102	109
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt der Ärztin insgesamt	237			
Sehr zufrieden		127 (54%)	61 (54%)	66 (53%)
Eher zufrieden		95 (40%)	46 (41%)	49 (39%)
Eher unzufrieden		14 (5,9%)	5 (4,5%)	9 (7,2%)
Sehr unzufrieden		1 (0,4%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Unbekannt		211	102	109
		Zeitpunkt T4		
Subskala: Praxisorganisation	186			
Sehr zufrieden		78 (42%)	37 (43%)	41 (41%)
Eher zufrieden		102 (55%)	48 (56%)	54 (54%)
Eher unzufrieden		5 (2,7%)	1 (1,2%)	4 (4,0%)
Sehr unzufrieden		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1,0%)
Unbekannt		262	128	134
Subskala: Information	185			
Sehr zufrieden		70 (38%)	35 (41%)	35 (35%)

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Eher zufrieden		88 (48%)	43 (50%)	45 (45%)
Eher unzufrieden		24 (13%)	8 (9,3%)	16 (16%)
Sehr unzufrieden		3 (1,6%)	0 (0%)	3 (3,0%)
Unbekannt		263	128	135
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	184			
Sehr zufrieden		99 (54%)	51 (59%)	48 (49%)
Eher zufrieden		68 (37%)	31 (36%)	37 (38%)
Eher unzufrieden		15 (8,2%)	4 (4,7%)	11 (11%)
Sehr unzufrieden		2 (1,1%)	0 (0%)	2 (2,0%)
Unbekannt		264	128	136
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungsprozesse zu	183			
Sehr zufrieden		100 (55%)	52 (60%)	48 (49%)
Eher zufrieden		70 (38%)	31 (36%)	39 (40%)
Eher unzufrieden		12 (6,6%)	3 (3,5%)	9 (9,3%)
Sehr unzufrieden		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1,0%)
Unbekannt		265	128	137
Subskala: Zufreidenheit mit der Partizipation	179			
Immer		52 (29%)	27 (32%)	25 (27%)
Meistens		82 (46%)	39 (46%)	43 (46%)
Selten		33 (18%)	15 (18%)	18 (19%)
Nie		12 (6,7%)	4 (4,7%)	8 (8,5%)
Unbekannt		269	129	140
Subskala: Zufriedenheit mit	182			

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Qualität und Ausmaß der Informationen				
Sehr zufrieden		76 (42%)	37 (44%)	39 (40%)
Eher zufrieden		83 (46%)	41 (48%)	42 (43%)
Eher unzufrieden		21 (12%)	7 (8,2%)	14 (14%)
Sehr unzufrieden		2 (1,1%)	0 (0%)	2 (2,1%)
Unbekannt		266	129	137
Subskala: Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt	180			
Sehr zufrieden		71 (39%)	34 (40%)	37 (39%)
Eher zufrieden		85 (47%)	42 (50%)	43 (45%)
Eher unzufrieden		21 (12%)	7 (8,3%)	14 (15%)
Sehr unzufrieden		3 (1,7%)	1 (1,2%)	2 (2,1%)
Unbekannt		268	130	138
Subskala: Vetrauen zu dem Arzt/ der Ärztin	184			
Ja, ich habe großes Vertrauen		101 (55%)	54 (64%)	47 (47%)
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		65 (35%)	26 (31%)	39 (39%)
Ich habe eher wenig Vertrauen		10 (5,4%)	2 (2,4%)	8 (8,1%)
Nein ich habe kein Vertrauen		2 (1,1%)	0 (0%)	2 (2,0%)
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		6 (3,3%)	3 (3,5%)	3 (3,0%)
Unbekannt		264	129	135
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	182			

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Sehr zufrieden		84 (46%)	43 (51%)	41 (42%)
Eher zufrieden		87 (48%)	37 (44%)	50 (51%)
Eher unzufrieden		10 (5,5%)	4 (4,8%)	6 (6,1%)
Sehr unzufrieden		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1,0%)
Unbekannt		266	130	136
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt	182			
Sehr zufrieden		96 (53%)	47 (56%)	49 (50%)
Eher zufrieden		75 (41%)	34 (40%)	41 (42%)
Eher unzufrieden		10 (5,5%)	3 (3,6%)	7 (7,1%)
Sehr unzufrieden		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1,0%)
Unbekannt		266	130	136
		Zeitpunkt T6		
Subskala: Praxisorganisation	103			
Sehr zufrieden		47 (46%)	22 (50%)	25 (42%)
Eher zufrieden		53 (51%)	20 (45%)	33 (56%)
Eher unzufrieden		3 (2,9%)	2 (4,5%)	1 (1,7%)
Unbekannt		345	170	175
Subskala: Information	103			
Sehr zufrieden		50 (49%)	23 (52%)	27 (46%)
Eher zufrieden		44 (43%)	17 (39%)	27 (46%)
Eher unzufrieden		6 (5,8%)	2 (4,5%)	4 (6,8%)
Sehr unzufrieden		3 (2,9%)	2 (4,5%)	1 (1,7%)
Unbekannt		345	170	175
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	102			

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Sehr zufrieden		57 (56%)	25 (58%)	32 (54%)
Eher zufrieden		38 (37%)	14 (33%)	24 (41%)
Eher unzufrieden		5 (4,9%)	3 (7,0%)	2 (3,4%)
Sehr unzufrieden		2 (2,0%)	1 (2,3%)	1 (1,7%)
Unbekannt		346	171	175
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungs-prozessen	102			
Sehr zufrieden		59 (58%)	26 (60%)	33 (56%)
Eher zufrieden		38 (37%)	16 (37%)	22 (37%)
Eher unzufrieden		3 (2,9%)	0 (0%)	3 (5,1%)
Sehr unzufrieden		2 (2,0%)	1 (2,3%)	1 (1,7%)
Unbekannt		346	171	175
Subskala: Zufriedenheit mit der Partizipation	100			
Immer		39 (39%)	18 (43%)	21 (36%)
Meistens		44 (44%)	16 (38%)	28 (48%)
Selten		14 (14%)	7 (17%)	7 (12%)
Nie		3 (3,0%)	1 (2,4%)	2 (3,4%)
Unbekannt		348	172	176
Subskala: Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen	102			
Sehr zufrieden		55 (54%)	24 (56%)	31 (53%)
Eher zufrieden		37 (36%)	13 (30%)	24 (41%)
Eher unzufrieden		8 (7,8%)	5 (12%)	3 (5,1%)
Sehr unzufrieden		2 (2,0%)	1 (2,3%)	1 (1,7%)

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Unbekannt		346	171	175
Subskala: Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt	99			
Sehr zufrieden		49 (49%)	21 (50%)	28 (49%)
Eher zufrieden		40 (40%)	16 (38%)	24 (42%)
Eher unzufrieden		8 (8,1%)	4 (9,5%)	4 (7,0%)
Sehr unzufrieden		2 (2,0%)	1 (2,4%)	1 (1,8%)
Unbekannt		349	172	177
Subskala: Vertrauen zum Arzt/ Ärztin	102			
Ja, ich habe großes Vertrauen		64 (63%)	28 (65%)	36 (61%)
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		27 (26%)	9 (21%)	18 (31%)
Ich habe eher wenig Vertrauen		5 (4,9%)	2 (4,7%)	3 (5,1%)
Nein ich habe kein Vertrauen		2 (2,0%)	1 (2,3%)	1 (1,7%)
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		4 (3,9%)	3 (7,0%)	1 (1,7%)
Unbekannt		346	171	175
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	102			
Sehr zufrieden		57 (56%)	26 (60%)	31 (53%)
Eher zufrieden		38 (37%)	14 (33%)	24 (41%)
Eher unzufrieden		6 (5,9%)	3 (7,0%)	3 (5,1%)
Sehr unzufrieden		1 (1,0%)	0 (0%)	1 (1,7%)
Unbekannt		346	171	175

Endpunkt: Zufriedenheit	**N**	**Gesamt** N = 448	**VG II** N = 214	**IG** N = 234
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt	102			
Sehr zufrieden		64 (63%)	29 (67%)	35 (59%)
Eher zufrieden		32 (31%)	11 (26%)	21 (36%)
Eher unzufrieden		5 (4,9%)	3 (7,0%)	2 (3,4%)
Sehr unzufrieden		1 (1,0%)	0 (0%)	1 (1,7%)
Unbekannt		346	171	175

N, n (%)

*Tabelle 49: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP) von Patient*innen mit Baselineinformationen über den Verlauf des Follow-ups im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
		Zeitpunkt T0		
Subskala: Praxisorganisation	718			
Sehr zufrieden		294 (41%)	140 (36%)	154 (47%)
Eher zufrieden		403 (56%)	234 (60%)	169 (51%)
Eher unzufrieden		21 (2,9%)	13 (3,4%)	8 (2,4%)
Unbekannt		107	61	46
Subskala: Information	717			
Sehr zufrieden		250 (35%)	127 (33%)	123 (37%)
Eher zufrieden		383 (53%)	209 (54%)	174 (53%)
Eher unzufrieden		80 (11%)	48 (12%)	32 (9,7%)
Sehr unzufrieden		4 (0,6%)	3 (0,8%)	1 (0,3%)
Unbekannt		108	61	47
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	711			
Sehr zufrieden		400 (56%)	208 (55%)	192 (58%)
Eher zufrieden		273 (38%)	151 (40%)	122 (37%)
Eher unzufrieden		36 (5,1%)	20 (5,2%)	16 (4,8%)
Sehr unzufrieden		2 (0,3%)	2 (0,5%)	0 (0%)
Unbekannt		114	67	47
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in	702			

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Entscheidungs-prozesse				
Sehr zufrieden		391 (56%)	197 (53%)	194 (58%)
Eher zufrieden		281 (40%)	157 (43%)	124 (37%)
Eher unzufrieden		29 (4,1%)	15 (4,1%)	14 (4,2%)
Sehr unzufrieden		1 (0,1%)	0 (0%)	1 (0,3%)
Unbekannt		123	79	44
Subskala: Zufriedenheit mit der Partizipation	695			
Immer		222 (32%)	101 (28%)	121 (37%)
Meistens		309 (44%)	167 (46%)	142 (43%)
Selten		110 (16%)	67 (18%)	43 (13%)
Nie		54 (7,8%)	30 (8,2%)	24 (7,3%)
Unbekannt		130	83	47
Subskala: Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen	704			
Sehr zufrieden		319 (45%)	160 (43%)	159 (48%)
Eher zufrieden		328 (47%)	183 (49%)	145 (44%)
Eher unzufrieden		47 (6,7%)	24 (6,4%)	23 (7,0%)
Sehr unzufrieden		10 (1,4%)	7 (1,9%)	3 (0,9%)
Unbekannt		121	74	47
Subskala: Zufriedenheit mit der	693			

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Patientenbeteiligung insgesamt				
Sehr zufrieden		273 (39%)	127 (35%)	146 (45%)
Eher zufrieden		350 (51%)	201 (55%)	149 (46%)
Eher unzufrieden		60 (8,7%)	35 (9,5%)	25 (7,7%)
Sehr unzufrieden		10 (1,4%)	5 (1,4%)	5 (1,5%)
Unbekannt		132	80	52
Subskala: Vertrauen zum Arzt/ zur Ärztin zu T0	718			
Ja, ich habe großes Vertrauen		397 (55%)	201 (52%)	196 (59%)
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		227 (32%)	131 (34%)	96 (29%)
Ich habe eher wenig Vertrauen		26 (3,6%)	12 (3,1%)	14 (4,2%)
Nein ich habe kein Vertrauen		3 (0,4%)	1 (0,3%)	2 (0,6%)
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		65 (9,1%)	38 (9,9%)	27 (8,1%)
Unbekannt		107	65	42
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	711			
Sehr zufrieden		337 (47%)	168 (44%)	169 (51%)
Eher zufrieden		348 (49%)	197 (52%)	151 (46%)
Eher unzufrieden		25 (3,5%)	14 (3,7%)	11 (3,3%)
Sehr unzufrieden		1 (0,1%)	1 (0,3%)	0 (0%)
Unbekannt		114	68	46

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt	710			
Sehr zufrieden		395 (56%)	203 (53%)	192 (58%)
Eher zufrieden		287 (40%)	159 (42%)	128 (39%)
Eher unzufrieden		26 (3,7%)	16 (4,2%)	10 (3,0%)
Sehr unzufrieden		2 (0,3%)	2 (0,5%)	0 (0%)
Unbekannt		115	68	47
		Zeitpunkt T2		
Subskala: Praxisorganisation	459			
Sehr zufrieden		205 (45%)	100 (40%)	105 (50%)
Eher zufrieden		237 (52%)	139 (56%)	98 (46%)
Eher unzufrieden		15 (3,3%)	7 (2,8%)	8 (3,8%)
Sehr unzufrieden		2 (0,4%)	2 (0,8%)	0 (0%)
Unbekannt		366	200	166
Subskala: Information	456			
Sehr zufrieden		147 (32%)	78 (32%)	69 (33%)
Eher zufrieden		245 (54%)	134 (54%)	111 (53%)
Eher unzufrieden		58 (13%)	33 (13%)	25 (12%)
Sehr unzufrieden		6 (1,3%)	1 (0,4%)	5 (2,4%)
Unbekannt		369	202	167
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	447			

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Sehr zufrieden		225 (50%)	122 (51%)	103 (49%)
Eher zufrieden		194 (43%)	101 (43%)	93 (44%)
Eher unzufrieden		23 (5,1%)	13 (5,5%)	10 (4,8%)
Sehr unzufrieden		5 (1,1%)	1 (0,4%)	4 (1,9%)
Unbekannt		378	211	167
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungs-prozesse	444			
Sehr zufrieden		245 (55%)	128 (54%)	117 (57%)
Eher zufrieden		170 (38%)	94 (39%)	76 (37%)
Eher unzufrieden		22 (5,0%)	13 (5,5%)	9 (4,4%)
Sehr unzufrieden		7 (1,6%)	3 (1,3%)	4 (1,9%)
Unbekannt		381	210	171
Subskala: Zufriedenheit mit der Partizipation	437			
Immer		144 (33%)	81 (35%)	63 (31%)
Meistens		171 (39%)	86 (37%)	85 (42%)
Selten		84 (19%)	43 (18%)	41 (20%)
Nie		38 (8,7%)	24 (10%)	14 (6,9%)
Unbekannt		388	214	174
Subskala: Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen	442			

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Sehr zufrieden		192 (43%)	101 (43%)	91 (44%)
Eher zufrieden		199 (45%)	105 (44%)	94 (46%)
Eher unzufrieden		45 (10%)	28 (12%)	17 (8,3%)
Sehr unzufrieden		6 (1,4%)	3 (1,3%)	3 (1,5%)
Unbekannt		383	211	172
Subskala: Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt	436			
Sehr zufrieden		164 (38%)	90 (39%)	74 (36%)
Eher zufrieden		211 (48%)	112 (48%)	99 (49%)
Eher unzufrieden		53 (12%)	26 (11%)	27 (13%)
Sehr unzufrieden		8 (1,8%)	4 (1,7%)	4 (2,0%)
Unbekannt		389	216	173
Subskala: Vertrauen zum Arzt/ zur Ärztin	444			
Ja, ich habe großes Vertrauen		256 (58%)	131 (55%)	125 (61%)
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		141 (32%)	81 (34%)	60 (29%)
Ich habe eher wenig Vertrauen		32 (7,2%)	17 (7,1%)	15 (7,3%)
Nein ich habe kein Vertrauen		2 (0,5%)	2 (0,8%)	0 (0%)
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		13 (2,9%)	7 (2,9%)	6 (2,9%)
Unbekannt		381	210	171

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	443			
Sehr zufrieden		205 (46%)	104 (44%)	101 (49%)
Eher zufrieden		213 (48%)	123 (52%)	90 (44%)
Eher unzufrieden		24 (5,4%)	10 (4,2%)	14 (6,8%)
Sehr zufrieden		1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Unbekannt		382	211	171
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt	443			
Sehr zufrieden		244 (55%)	127 (54%)	117 (57%)
Eher zufrieden		173 (39%)	95 (40%)	78 (38%)
Eher unzufrieden		23 (5,2%)	14 (5,9%)	9 (4,4%)
Sehr zufrieden		3 (0,7%)	1 (0,4%)	2 (1,0%)
Unbekannt		382	211	171
		Zeitpunkt T4		
Subskala: Praxisorganisation	338			
Sehr zufrieden		159 (47%)	78 (42%)	81 (53%)
Eher zufrieden		167 (49%)	102 (55%)	65 (43%)
Eher unzufrieden		9 (2,7%)	5 (2,7%)	4 (2,6%)
Sehr zufrieden		3 (0,9%)	1 (0,5%)	2 (1,3%)
Unbekannt		487	262	225
Subskala: Information	337			

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Sehr zufrieden		132 (39%)	70 (38%)	62 (41%)
Eher zufrieden		161 (48%)	88 (48%)	73 (48%)
Eher unzufrieden		40 (12%)	24 (13%)	16 (11%)
Sehr zufrieden		4 (1,2%)	3 (1,6%)	1 (0,7%)
Unbekannt		488	263	225
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	336			
Sehr zufrieden		193 (57%)	99 (54%)	94 (62%)
Eher zufrieden		116 (35%)	68 (37%)	48 (32%)
Eher unzufrieden		24 (7,1%)	15 (8,2%)	9 (5,9%)
Sehr zufrieden		3 (0,9%)	2 (1,1%)	1 (0,7%)
Unbekannt		489	264	225
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungs-prozesse	335			
Sehr zufrieden		197 (59%)	100 (55%)	97 (64%)
Eher zufrieden		120 (36%)	70 (38%)	50 (33%)
Eher unzufrieden		15 (4,5%)	12 (6,6%)	3 (2,0%)
Sehr zufrieden		3 (0,9%)	1 (0,5%)	2 (1,3%)
Unbekannt		490	265	225
Subskala: Zufriedenheit mit der Partizipation	330			
Immer		107 (32%)	52 (29%)	55 (36%)

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Meistens		153 (46%)	82 (46%)	71 (47%)
Selten		51 (15%)	33 (18%)	18 (12%)
Nie		19 (5,8%)	12 (6,7%)	7 (4,6%)
Unbekannt		495	269	226
Subskala: Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen	332			
Sehr zufrieden		164 (49%)	76 (42%)	88 (59%)
Eher zufrieden		136 (41%)	83 (46%)	53 (35%)
Eher unzufrieden		29 (8,7%)	21 (12%)	8 (5,3%)
Sehr unzufrieden		3 (0,9%)	2 (1,1%)	1 (0,7%)
Unbekannt		493	266	227
Subskala: Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt	329			
Sehr zufrieden		151 (46%)	71 (39%)	80 (54%)
Eher zufrieden		141 (43%)	85 (47%)	56 (38%)
Eher unzufrieden		33 (10%)	21 (12%)	12 (8,1%)
Sehr unzufrieden		4 (1,2%)	3 (1,7%)	1 (0,7%)
Unbekannt		496	268	228
Subskala: Vertrauen zum Arzt/ zur Ärztin	335			
Ja, ich habe großes Vertrauen		204 (61%)	101 (55%)	103 (68%)
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		105 (31%)	65 (35%)	40 (26%)

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Ich habe eher wenig Vertrauen		14 (4,2%)	10 (5,4%)	4 (2,6%)
Nein ich habe kein Vertrauen		3 (0,9%)	2 (1,1%)	1 (0,7%)
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		9 (2,7%)	6 (3,3%)	3 (2,0%)
Unbekannt		490	264	226
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	331			
Sehr zufrieden		175 (53%)	84 (46%)	91 (61%)
Eher zufrieden		140 (42%)	87 (48%)	53 (36%)
Eher unzufrieden		15 (4,5%)	10 (5,5%)	5 (3,4%)
Sehr unzufrieden		1 (0,3%)	1 (0,5%)	0 (0%)
Unbekannt		494	266	228
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt	332			
Sehr zufrieden		202 (61%)	96 (53%)	106 (71%)
Eher zufrieden		114 (34%)	75 (41%)	39 (26%)
Eher unzufrieden		15 (4,5%)	10 (5,5%)	5 (3,3%)
Sehr unzufrieden		1 (0,3%)	1 (0,5%)	0 (0%)
Unbekannt		493	266	227
		Zeitpunkt T6		
Subskala: Praxisorganisation	221			

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Sehr zufrieden		106 (48%)	47 (46%)	59 (50%)
Eher zufrieden		109 (49%)	53 (51%)	56 (47%)
Eher unzufrieden		6 (2,7%)	3 (2,9%)	3 (2,5%)
Unbekannt		604	345	259
Subskala: Information	220			
Sehr zufrieden		95 (43%)	50 (49%)	45 (38%)
Eher zufrieden		105 (48%)	44 (43%)	61 (52%)
Eher unzufrieden		16 (7,3%)	6 (5,8%)	10 (8,5%)
Sehr unzufrieden		4 (1,8%)	3 (2,9%)	1 (0,9%)
Unbekannt		605	345	260
Subskala: Arzt-Patient-Interaktion	219			
Sehr zufrieden		123 (56%)	57 (56%)	66 (56%)
Eher zufrieden		82 (37%)	38 (37%)	44 (38%)
Eher unzufrieden		11 (5,0%)	5 (4,9%)	6 (5,1%)
Sehr unzufrieden		3 (1,4%)	2 (2,0%)	1 (0,9%)
Unbekannt		606	346	260
Subskala: Fachkompetenz und Einbindung in Entscheidungs-prozesse	218			
Sehr zufrieden		130 (60%)	59 (58%)	71 (61%)
Eher zufrieden		78 (36%)	38 (37%)	40 (34%)
Eher unzufrieden		7 (3,2%)	3 (2,9%)	4 (3,4%)
Sehr unzufrieden		3 (1,4%)	2 (2,0%)	1 (0,9%)

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Unbekannt		607	346	261
Subskala: Zufriedenheit mit der Partizipation	217			
Immer		82 (38%)	39 (39%)	43 (37%)
Meistens		102 (47%)	44 (44%)	58 (50%)
Selten		26 (12%)	14 (14%)	12 (10%)
Nie		7 (3,2%)	3 (3,0%)	4 (3,4%)
Unbekannt		608	348	260
Subskala: Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen	219			
Sehr zufrieden		118 (54%)	55 (54%)	63 (54%)
Eher zufrieden		77 (35%)	37 (36%)	40 (34%)
Eher unzufrieden		20 (9,1%)	8 (7,8%)	12 (10%)
Sehr unzufrieden		4 (1,8%)	2 (2,0%)	2 (1,7%)
Unbekannt		606	346	260
Subskala: Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt	216			
Sehr zufrieden		107 (50%)	49 (49%)	58 (50%)
Eher zufrieden		90 (42%)	40 (40%)	50 (43%)
Eher unzufrieden		16 (7,4%)	8 (8,1%)	8 (6,8%)
Sehr unzufrieden		3 (1,4%)	2 (2,0%)	1 (0,9%)
Unbekannt		609	349	260
Subskala: Vertrauen zum Arzt/ zur Ärztin	217			

Endpunkt: Zufriedenheit mit der Versorgung (ZAP)	**N**	**Gesamt** N = 825	**C-RCT** N = 448	**VG I** N = 377
Ja, ich habe großes Vertrauen		139 (64%)	64 (63%)	75 (65%)
Ja, ich habe eher großes Vertrauen		57 (26%)	27 (26%)	30 (26%)
Ich habe eher wenig Vertrauen		10 (4,6%)	5 (4,9%)	5 (4,3%)
Nein ich habe kein Vertrauen		3 (1,4%)	2 (2,0%)	1 (0,9%)
Ich kenne den Arzt bzw. die Ärztin nicht lange genug		8 (3,7%)	4 (3,9%)	4 (3,5%)
Unbekannt		608	346	262
Subskala: Einschätzung der Behandlungsqualität	216			
Sehr zufrieden		122 (56%)	57 (56%)	65 (57%)
Eher zufrieden		82 (38%)	38 (37%)	44 (39%)
Eher unzufrieden		11 (5,1%)	6 (5,9%)	5 (4,4%)
Sehr unzufrieden		1 (0,5%)	1 (1,0%)	0 (0%)
Unbekannt		609	346	263
Subskala: Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt	216			
Sehr zufrieden		136 (63%)	64 (63%)	72 (63%)
Eher zufrieden		70 (32%)	32 (31%)	38 (33%)
Eher unzufrieden		8 (3,7%)	5 (4,9%)	3 (2,6%)
Sehr unzufrieden		2 (0,9%)	1 (1,0%)	1 (0,9%)
Unbekannt		609	346	263

N, n (%)

Anlage 13: Weiterführende Ergebnisse der Prozessevaluation - Reach

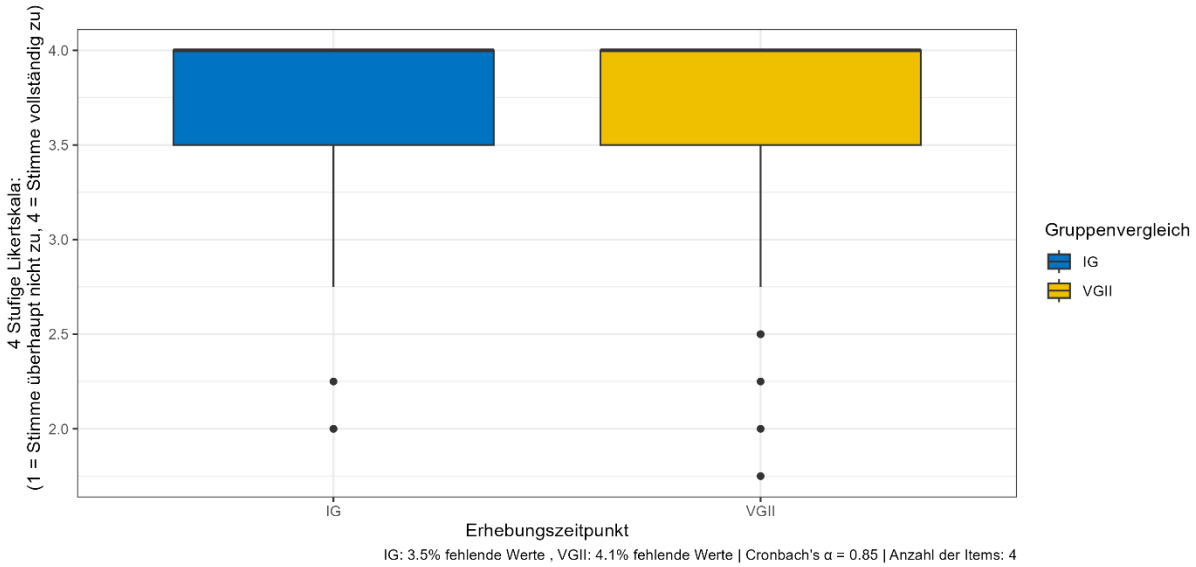


*Abbildung 1: Verteilung des Aufklärungsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen IG und VG II*

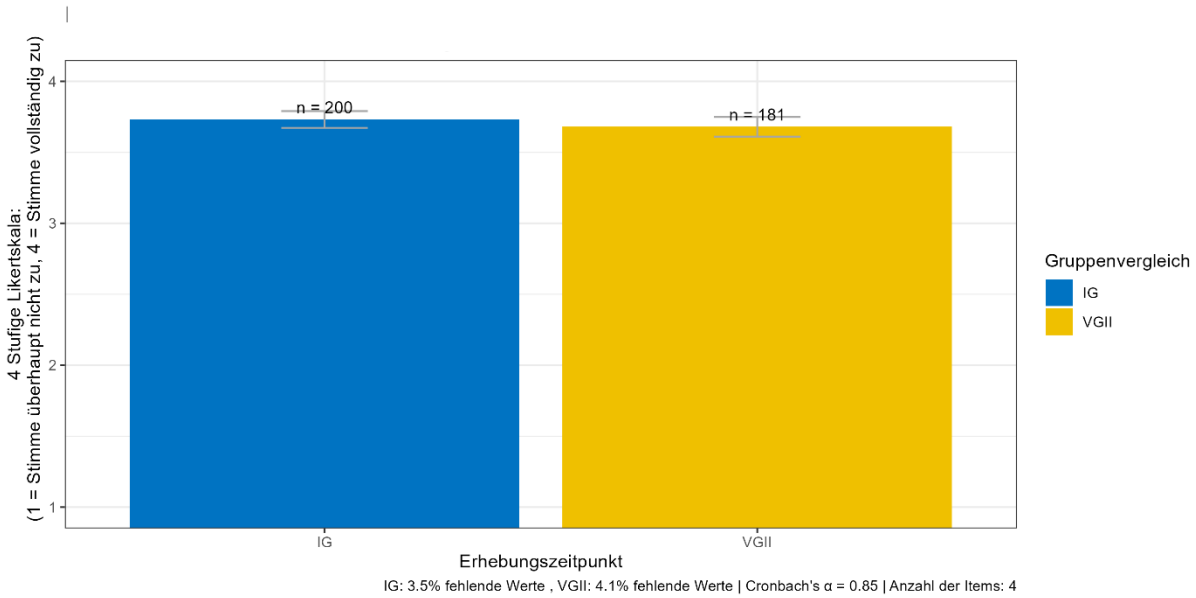


*Abbildung 2:Mittleres Aufklärungsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline Fragebogen und 95%-Konfidenzintervalle im Vergleich zwischen IG und VG II*

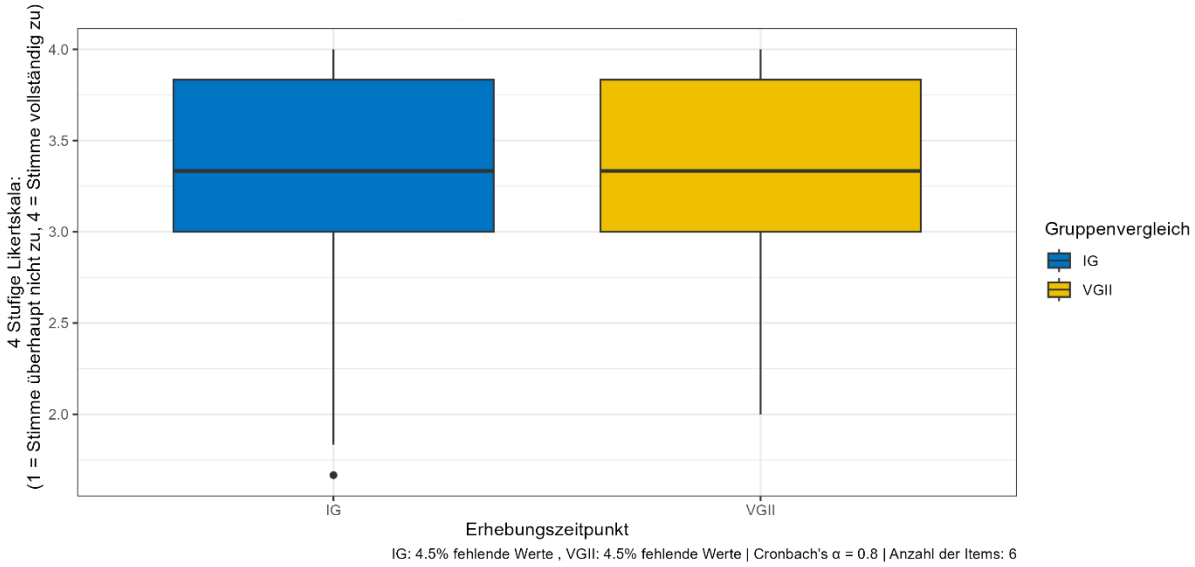


*Abbildung 3: Verteilung des Partizipationsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen IG und VG II*

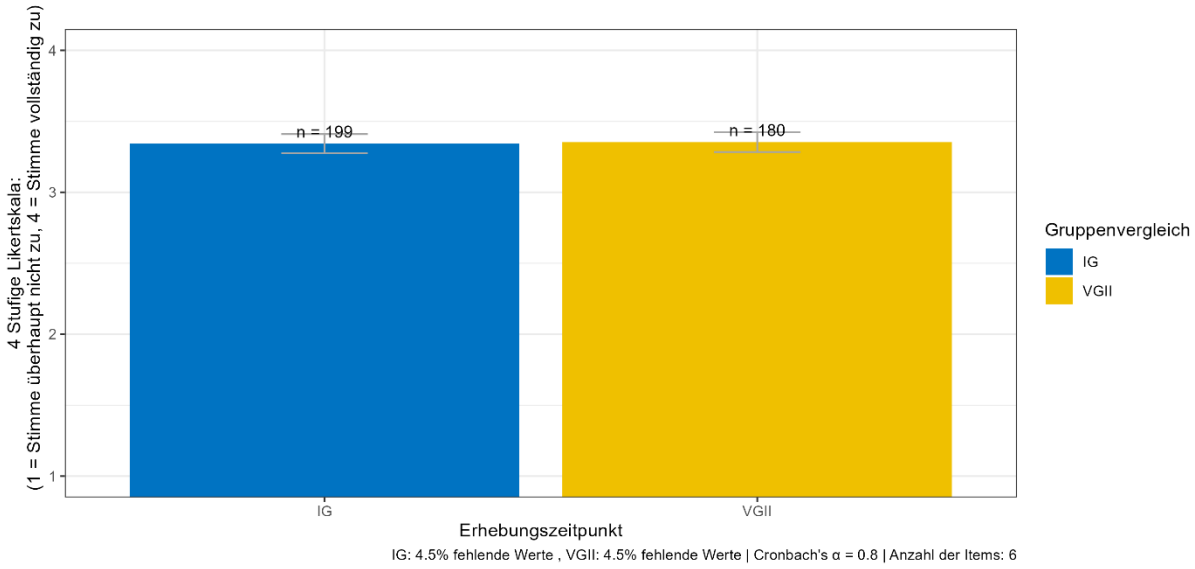


*Abbildung 4: Mittleres Partizipationsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II*

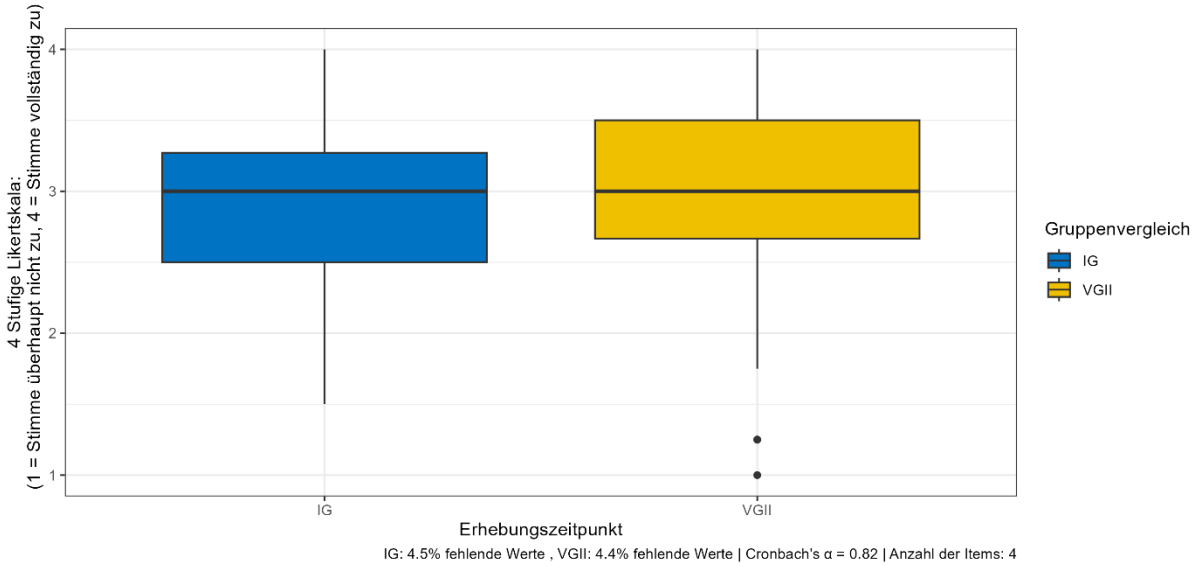


*Abbildung 5: Verteilung der Paternalismuspräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen IG und VG II*

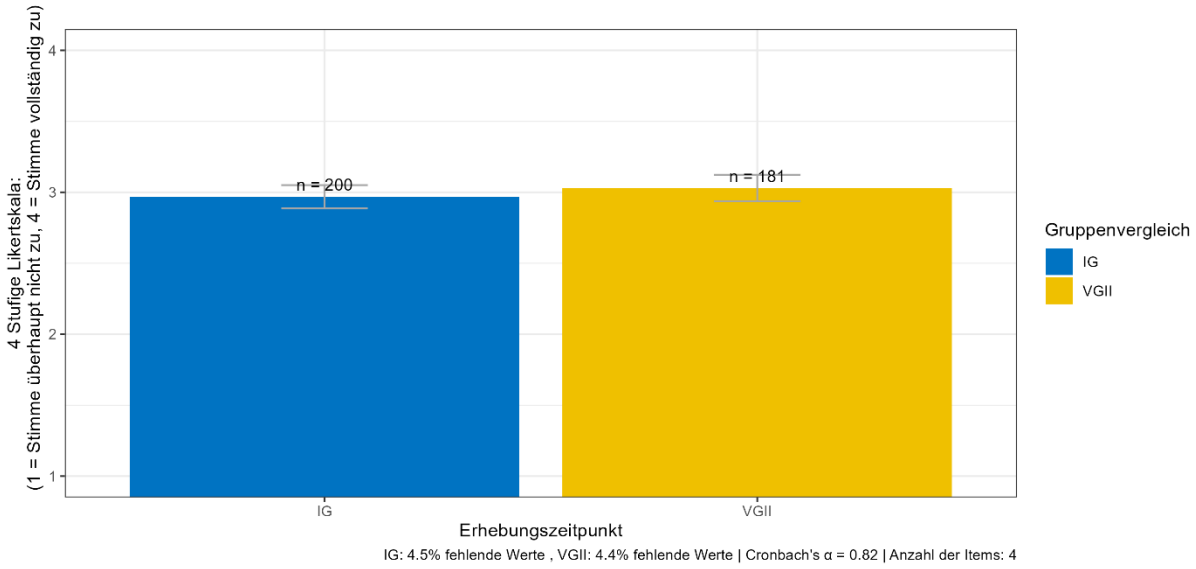


*Abbildung 6: Mittlere Paternalismuspräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II*

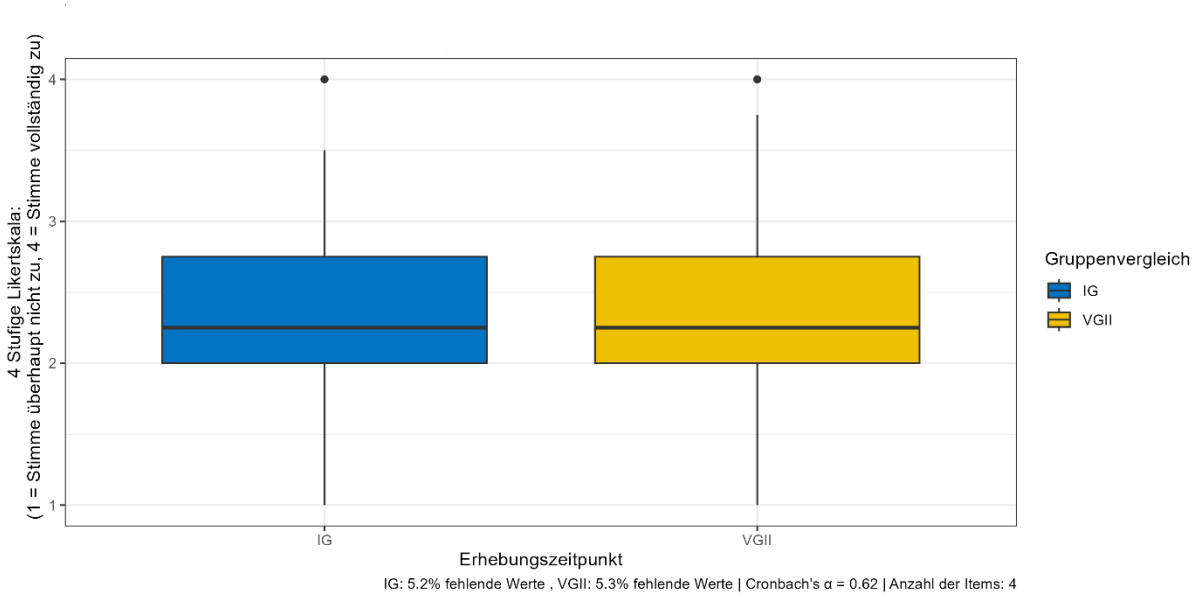


*Abbildung 7:Verteilung der Selbsthilfepräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen IG und VG II*

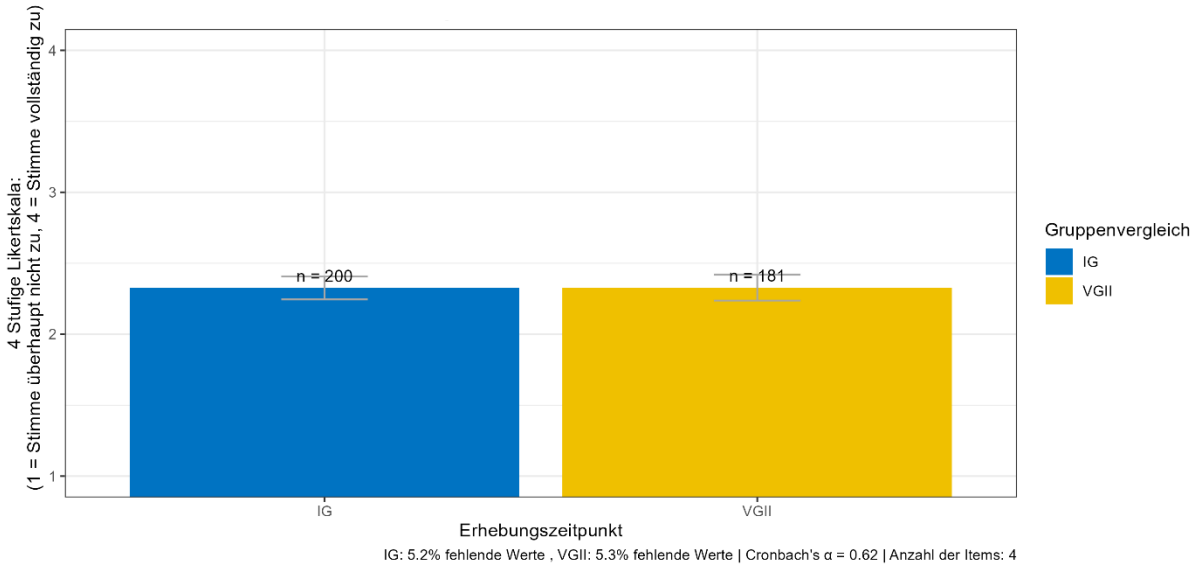


*Abbildung 8: Mittlere Selbsthilfepräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen IG und VG II*

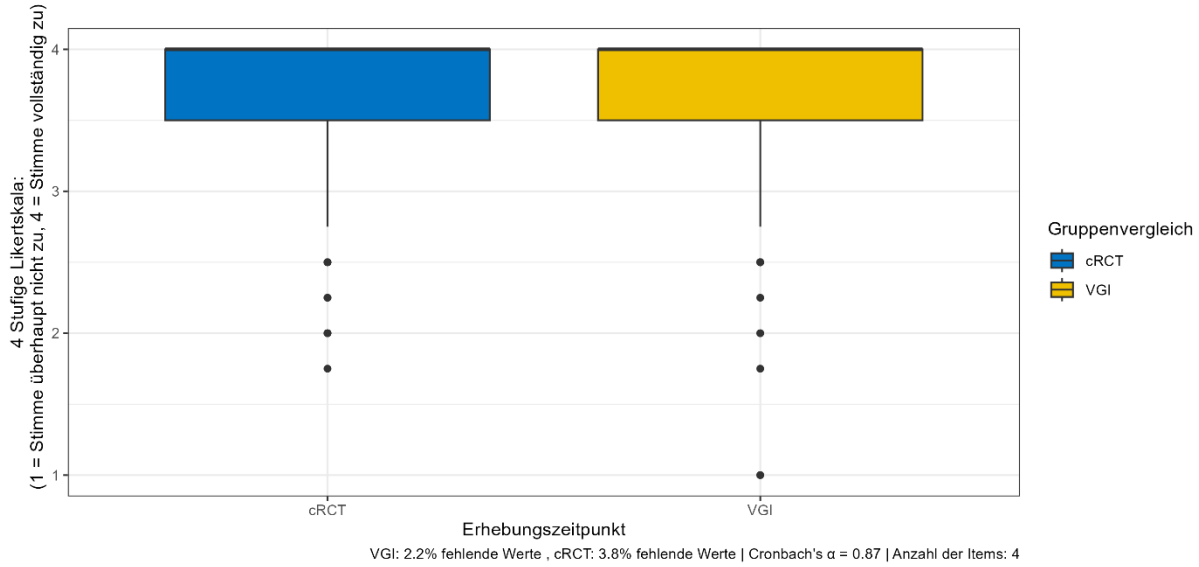


*Abbildung 9: Verteilung des Aufklärungsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

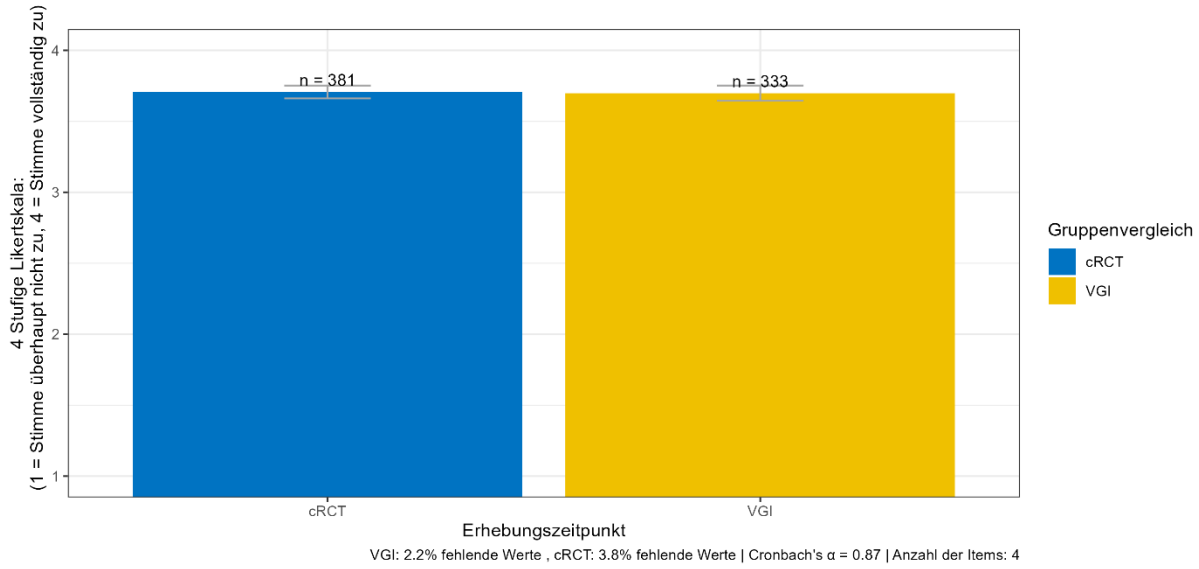


*Abbildung 10: Mittleres Aufklärungsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

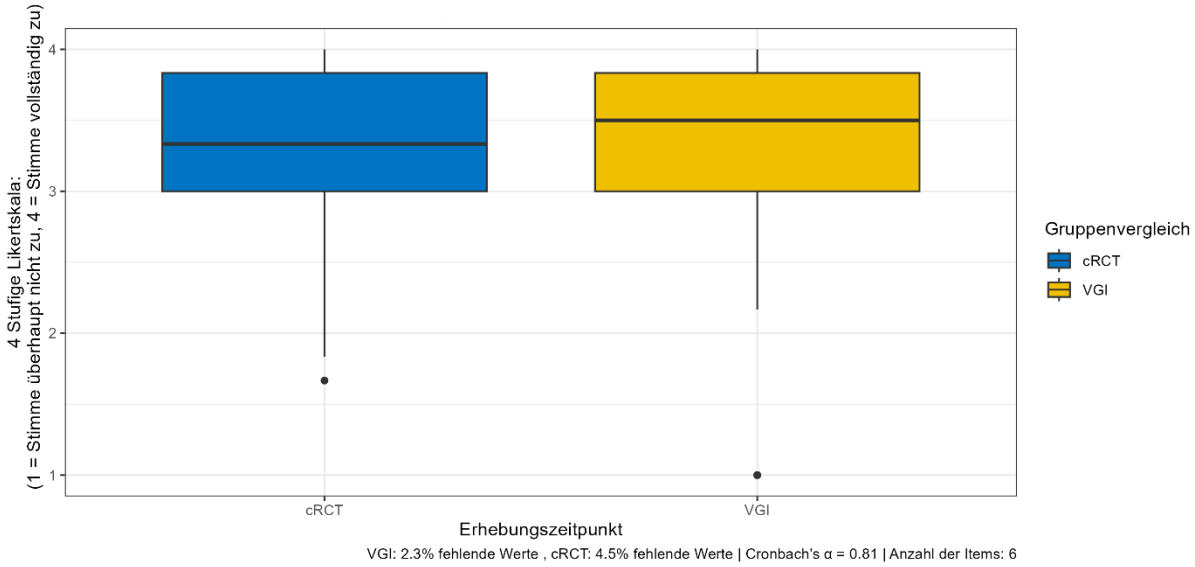


*Abbildung 11: Verteilung des Partizipationsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

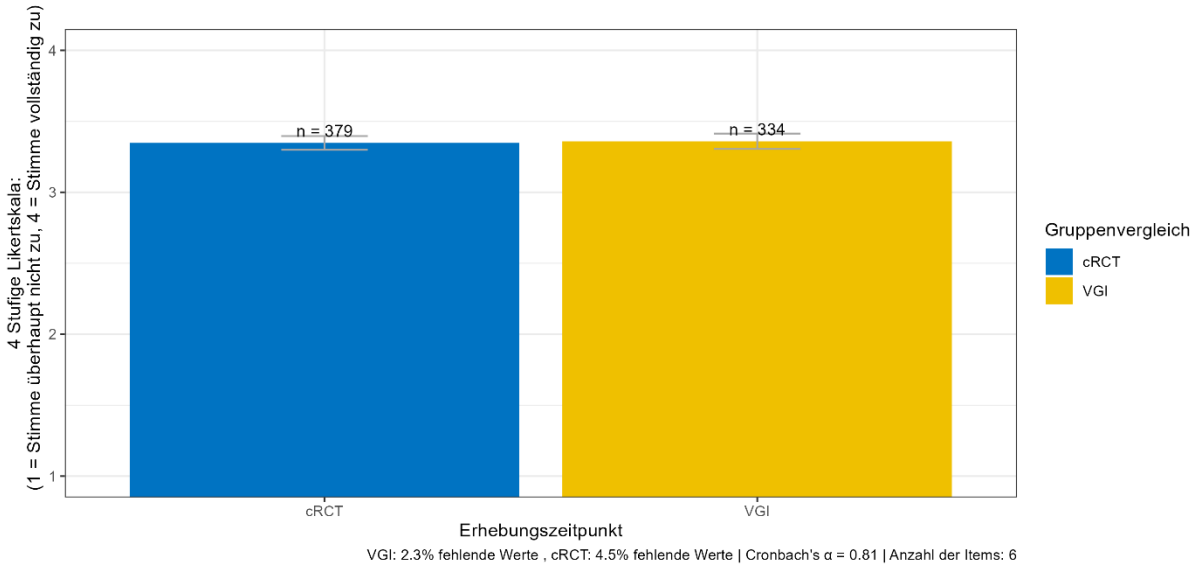


*Abbildung 12: Mittleres Partizipationsbedürfnisses der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

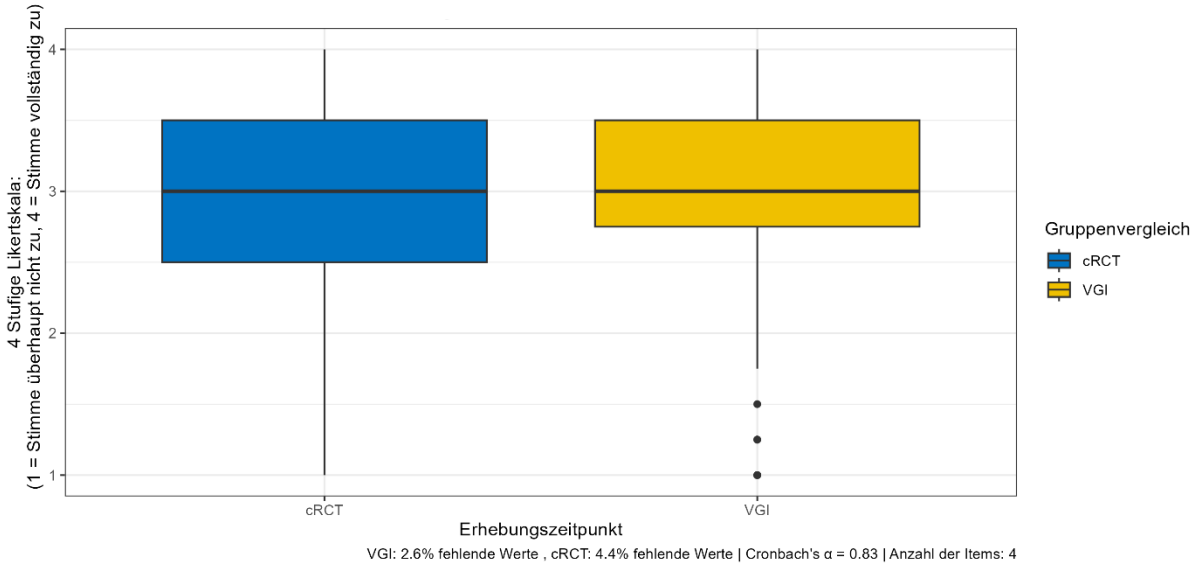


*Abbildung 13: Verteilung der Paternalismuspräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

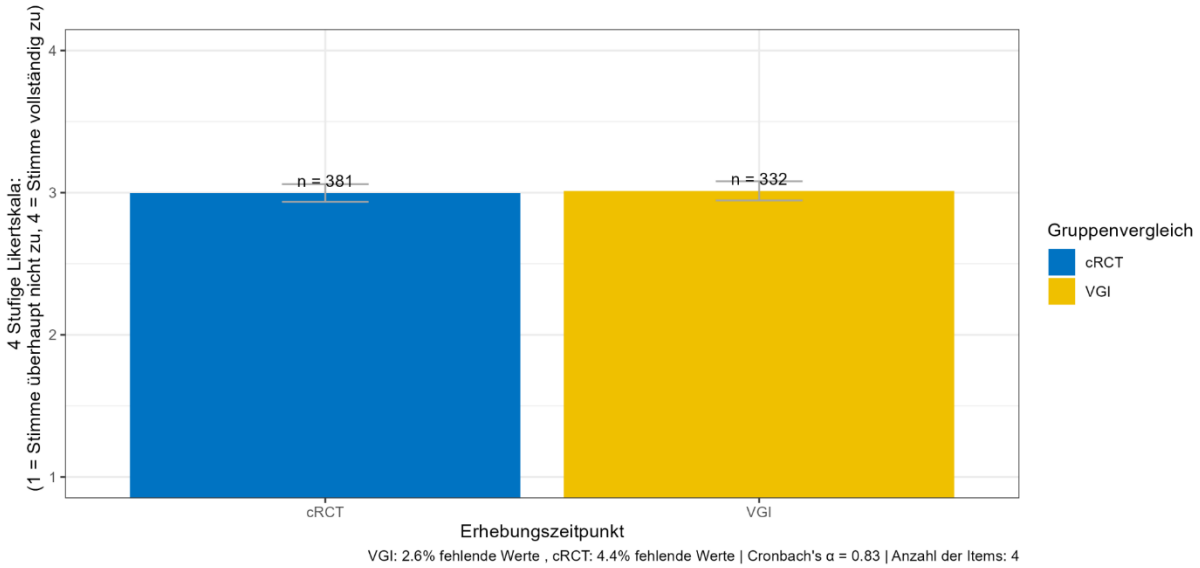


*Abbildung 14: Mittlere Paternalismuspräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

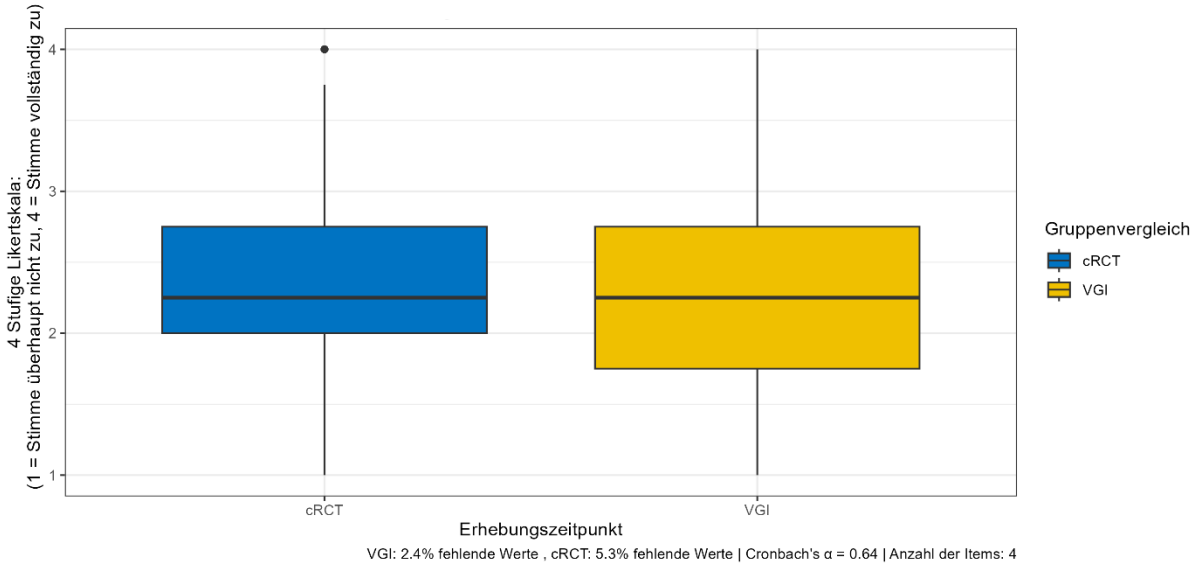


*Abbildung 15: Verteilung der Selbsthilfepräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

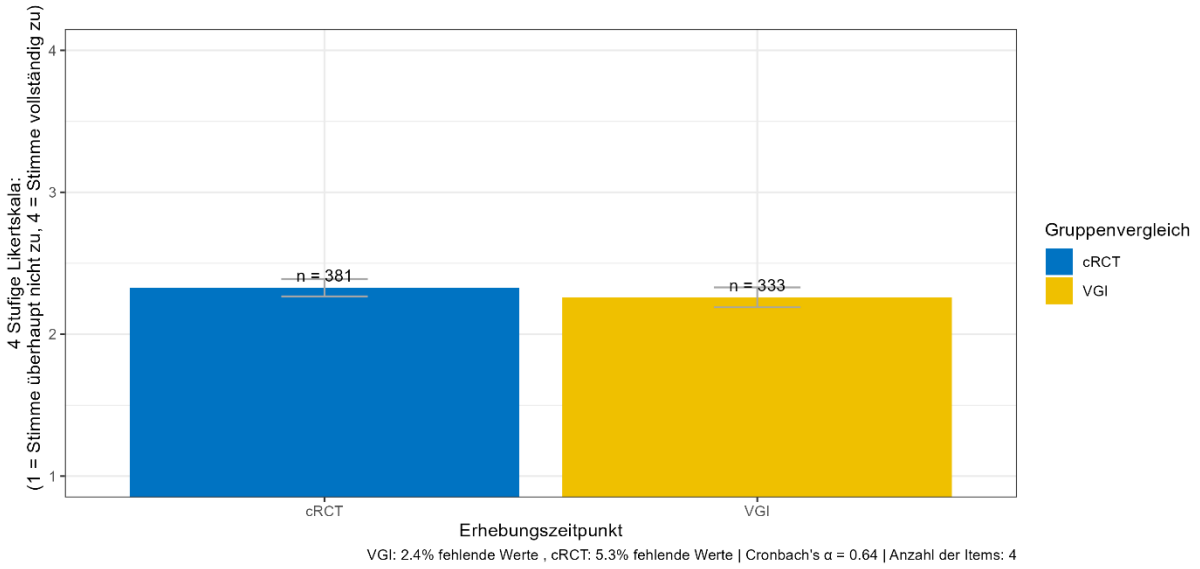


*Abbildung 16: Mittlere Selbsthilfepräferenz der eingeschlossenen Patient*innen mit Baseline und 95%-Konfidenzintervall im Vergleich zwischen C-RCT und VG I*

Anlage 14: Weiterführende Ergebnisse zu Prozessevaluation - Implementation

Kontinuität der Versorgung (Selbstentwickelter Fragebogen)

Tabelle Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t0 - KoPP

Tabelle 1: Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t0 - KoPP

Frage / Ausprägungen	Gesamt (N=39), n (%)	Fehlende Werte, n (%)
Bitte geben Sie an, in welchem Arbeitsfeld Sie derzeit tätig sind.		3 (8%)
SAPV-Team	31 (86%)	
Hospizdienst	2 (6%)	
Ambulanter Pflegedienst	0 (0%)	
Krankenhaus	0 (0%)	
Palliativstation im Krankenhaus	3 (8%)	
Sonstiges	0 (0%)	
Durch wen werden Sie hauptsächlich in die Behandlung / Versorgung der Krebspatient*innen einbezogen?		0 (0%)
Patient*in selbst	14 (36%)	
Angehörige	22 (56%)	
Hausärztliche Praxis	23 (59%)	
Hämato-logische Praxis	10 (26%)	
Krankenhaus	30 (77%)	
Pflegeheim	13 (33%)	
Sozialdienst	7 (18%)	
Sonstiges	3 (8%)	
Wie bewerten Sie den Zeitpunkt, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?		3 (8%)
Zu früh	2 (5%)	
Genau richtig	7 (18%)	
Zu spät	6 (15%)	
Unterschiedlich	21 (54%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…		
Hausärztlichen Praxis	1 (3%)	3 (8%)
Sehr zufrieden	14 (36%)	
Eher zufrieden	18 (46%)	
Eher unzufrieden	3 (8%)	
Sehr unzufrieden		
Hämato-onkologische Praxis	3 (8%)	4 (10%)

Sehr zufrieden	25 (64%)	
Eher zufrieden	5 (13%)	
Eher unzufrieden	2 (5%)	
Sehr unzufrieden	14 (36%)	
Krankenhaus		4 (10%)
Sehr zufrieden	3 (8%)	
Eher zufrieden	19 (49%)	
Eher unzufrieden	3 (8%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Patient*in		5 (13%)
Sehr zufrieden	15 (38%)	
Eher zufrieden	15 (38%)	
Eher unzufrieden	4 (10%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Angehörigen		4 (10%)
Sehr zufrieden	14 (36%)	
Eher zufrieden	17 (44%)	
Eher unzufrieden	4 (10%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit Ihrer Weitergabe von behandlungs-relevanten Informationen im Versorgungs-verlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…		
Hausärztlichen Praxis		4 (10%)
Sehr zufrieden	5 (13%)	
Eher zufrieden	15 (38%)	
Eher unzufrieden	12 (31%)	
Sehr unzufrieden	3 (8%)	
Hämato-onkologische Praxis		5 (13%)
Sehr zufrieden	3 (8%)	
Eher zufrieden	21 (54%)	
Eher unzufrieden	9 (23%)	
Sehr unzufrieden	1 (3%)	
Krankenhaus		5 (13%)
Sehr zufrieden	3 (8%)	
Eher zufrieden	19 (49%)	
Eher unzufrieden	13 (33%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Patient*in		5 (13%)
Sehr zufrieden	15 (38%)	
Eher zufrieden	15 (38%)	
Eher unzufrieden	4 (10%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Angehörigen		4 (10%)
Sehr zufrieden	14 (36%)	
Eher zufrieden	17 (44%)	
Eher unzufrieden	4 (10%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	

Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen?		
Hausärztlichen Praxis		1 (3%)
Brief	9 (23%)	
Gespräch	23 (59%)	
Fax	23 (59%)	
E-Mail	4 (10%)	
Durch Patient*in	8 (21%)	
Keine Weitergabe	4 (10%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (8%)
Brief	7 (18%)	
Gespräch	18 (46%)	
Fax	20 (51%)	
E-Mail	4 (10%)	
Durch Patient*in	7 (18%)	
Keine Weitergabe	2 (5%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)	
Krankenhaus		3 (8%)
Brief	13 (33%)	
Gespräch	20 (51%)	
Fax	21 (54%)	
E-Mail	5 (13%)	
Durch Patient*in	2 (5%)	
Keine Weitergabe	1 (3%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)	
Angehörigen		2 (5%)
Brief	1 (3%)	
Gespräch	33 (85%)	
Fax	3 (8%)	
E-Mail	5 (13%)	
Durch Patient*in	6 (15%)	
Keine Weitergabe	2 (5%)	
Sonstiges, z.B. App	1 (3%)	
Geben Sie Informationen über Krebspatient*innen weiter an die/das…?		
Hausärztlichen Praxis		4 (10%)
Immer	11 (28%)	
Meistens	12 (31%)	
Manchmal	4 (10%)	
Selten	7 (18%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	1 (3%)	
Hämato-onkologische Praxis		5 (13%)
Immer	4 (10%)	
Meistens	14 (36%)	
Manchmal	5 (13%)	
Selten	4 (10%)	

Nie	4 (10%)	
Trifft nicht zu	3 (8%)	
Patient*in		5 (13%)
Immer	7 (18%)	
Meistens	8 (21%)	
Manchmal	10 (26%)	
Selten	7 (18%)	
Nie	1 (3%)	
Trifft nicht zu	1 (3%)	
Angehörigen		4 (10%)
Immer	23 (59%)	
Meistens	9 (23%)	
Manchmal	3 (8%)	
Selten	0 (0%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Erhalten Sie derzeit alle relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen für die weitere Betreuung von der/dem/den…?		
Hausärztlichen Praxis		4 (10%)
Immer	2 (5%)	
Meistens	19 (49%)	
Manchmal	8 (21%)	
Selten	4 (10%)	
Nie	2 (5%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		5 (13%)
Immer	5 (13%)	
Meistens	15 (38%)	
Manchmal	7 (18%)	
Selten	4 (10%)	
Nie	1 (3%)	
Trifft nicht zu	2 (5%)	
Krankenhaus		4 (10%)
Immer	3 (8%)	
Meistens	22 (56%)	
Manchmal	7 (18%)	
Selten	3 (8%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Patient*in		5 (13%)
Immer	9 (23%)	
Meistens	20 (51%)	
Manchmal	3 (8%)	
Selten	2 (5%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Angehörigen		4 (10%)
Immer	10 (26%)	

Meistens	23 (59%)	
Manchmal	1 (3%)	
Selten	1 (3%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
In welcher Form dokumentieren Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen?		1 (3%)
Papierform	13 (33%)	
Computer	31 (79%)	
Tablet/Handy	13 (33%)	
Sonstiges	0 (0%)	
Welche Informationen geben Sie derzeit an wen weiter?		
Hausärztliche Praxis		1 (3%)
Krankheitsverlauf	16 (41%)	
Änderungen Medikationsplan	25 (64%)	
Pflegebedürftigkeit	7 (18%)	
Pflegerische Intervention	11 (28%)	
Psychosoziale Intervention	7 (18%)	
Tod	31 (79%)	
Keine Informationen	2 (5%)	
Hämato-onkologische Praxis		4 (10%)
Krankheitsverlauf	13 (33%)	
Änderungen Medikationsplan	12 (31%)	
Pflegebedürftigkeit	3 (8%)	
Pflegerische Intervention	2 (5%)	
Psychosoziale Intervention	3 (8%)	
Tod	21 (54%)	
Keine Informationen	9 (23%)	
Krankenhaus		8 (21%)
Krankheitsverlauf	13 (33%)	
Änderungen Medikationsplan	8 (21%)	
Pflegebedürftigkeit	4 (10%)	
Pflegerische Intervention	5 (13%)	
Psychosoziale Intervention	3 (8%)	
Tod	10 (26%)	
Keine Informationen	11 (28%)	
Weitere Fachärzt*innen		10 (26%)
Krankheitsverlauf	14 (36%)	
Änderungen Medikationsplan	7 (18%)	
Pflegebedürftigkeit	5 (13%)	
Pflegerische Intervention	3 (8%)	
Psychosoziale Intervention	2 (5%)	
Tod	14 (36%)	
Keine Informationen	7 (18%)	
Patient*in		1 (3%)
Krankheitsverlauf	23 (59%)	
Änderungen Medikationsplan	32 (82%)	
Pflegebedürftigkeit	25 (64%)	

Pflegerische Intervention	27 (69%)	
Psychosoziale Intervention	23 (59%)	
Tod	1 (3%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Angehörige		2 (5%)
Krankheitsverlauf	27 (69%)	
Änderungen Medikationsplan	34 (87%)	
Pflegebedürftigkeit	26 (67%)	
Pflegerische Intervention	24 (62%)	
Psychosoziale Intervention	24 (62%)	
Tod	13 (33%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Sozialdienst		10 (26%)
Krankheitsverlauf	1 (3%)	
Änderungen Medikationsplan	3 (8%)	
Pflegebedürftigkeit	7 (18%)	
Pflegerische Intervention	1 (3%)	
Psychosoziale Intervention	5 (13%)	
Tod	7 (18%)	
Keine Informationen	11 (28%)	
Pflegeversicherung		7 (18%)
Krankheitsverlauf	1 (3%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	13 (33%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	
Tod	5 (13%)	
Keine Informationen	11 (28%)	
Krankenversicherung		
Krankheitsverlauf	2 (5%)	6 (15%)
Änderungen Medikationsplan	3 (8%)	
Pflegebedürftigkeit	8 (21%)	
Pflegerische Intervention	1 (3%)	
Psychosoziale Intervention	2 (5%)	
Tod	15 (38%)	
Keine Informationen	6 (15%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch mit Ihnen und den Versorger*innen über gemeinsame Krebspatient*innen?		21 (54%)
Nein	1 (3%)	
Ja	17 (44%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen in Ihrer Organisation?		3 (8%)
Nein	1 (3%)	
Ja	35 (90%)	

Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen mit der/dem jeweiligen Hausärzt*in?		5 (13%)
Nein	1 (3%)	
Ja	33 (85%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Kommunikation zwischen Ihnen und der/dem/den…		
Hausärztlichen Praxis		3 (8%)
Sehr zufrieden	1 (3%)	
Eher zufrieden	20 (51%)	
Eher unzufrieden	12 (31%)	
Sehr unzufrieden	2 (5%)	
Hämato-onkologische Praxis		5 (13%)
Sehr zufrieden	3 (8%)	
Eher zufrieden	18 (46%)	
Eher unzufrieden	11 (28%)	
Sehr unzufrieden	2 (5%)	
Krankenhaus		3 (8%)
Sehr zufrieden	2 (5%)	
Eher zufrieden	16 (41%)	
Eher unzufrieden	17 (44%)	
Sehr unzufrieden	1 (3%)	
Patient*in		3 (8%)
Sehr zufrieden	17 (44%)	
Eher zufrieden	19 (49%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Angehörigen		3 (8%)
Sehr zufrieden	17 (44%)	
Eher zufrieden	19 (49%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der/dem/den…?		
Hausärztlichen Praxis		3 (8%)
Sehr zufrieden	1 (3%)	
Eher zufrieden	24 (62%)	
Eher unzufrieden	9 (23%)	
Sehr unzufrieden	2 (5%)	
Hämato-onkologische Praxis		4 (10%)
Sehr zufrieden	3 (8%)	
Eher zufrieden	19 (49%)	
Eher unzufrieden	10 (26%)	
Sehr unzufrieden	3 (8%)	
Krankenhaus		3 (8%)
Sehr zufrieden	2 (5%)	
Eher zufrieden	19 (49%)	
Eher unzufrieden	12 (31%)	

Sehr unzufrieden	3 (8%)	
Patient*in		3 (8%)
Sehr zufrieden	17 (44%)	
Eher zufrieden	19 (49%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Angehörigen		3 (8%)
Sehr zufrieden	16 (41%)	
Eher zufrieden	20 (51%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	

Tabelle Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t1 - KoPP

Tabelle 2: Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t1 - KoPP

Frage / Ausprägungen	Gesamt (N= 18), n (%)	Fehlende Werte, n (%)
Bitte geben Sie an, in welchem Arbeitsfeld Sie derzeit tätig sind.		0 (0%)
SAPV-Team	1 (6%)	
Hospizdienst	3 (17%)	
Ambulanter Pflegedienst	1 (6%)	
Krankenhaus	0 (0%)	
Palliativstation im Krankenhaus	5 (28%)	
Sonstiges	8 (44%)	
Durch wen werden Sie hauptsächlich in die Behandlung / Versorgung der Krebspatient*innen einbezogen?		0 (0%)
Patient*in selbst	9 (50%)	
Angehörige	10 (56%)	
Hausärztliche Praxis	9 (50%)	
Hämato-logische Praxis	2 (11%)	
Krankenhaus	8 (44%)	
Pflegeheim	6 (33%)	
Sozialdienst	2 (11%)	
Sonstiges	2 (11%)	
Wie bewerten Sie den Zeitpunkt, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?		0 (0%)
Zu früh	1 (6%)	
Genau richtig	7 (39%)	
Zu spät	3 (17%)	
Unterschiedlich	7 (39%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…		
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)
Sehr zufrieden	3 (17%)	
Eher zufrieden	7 (39%)	
Eher unzufrieden	8 (44%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (11%)
Sehr zufrieden	3 (17%)	
Eher zufrieden	11 (61%)	
Eher unzufrieden	2 (11%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Krankenhaus		0 (0%)
Sehr zufrieden	2 (11%)	

Eher zufrieden	8 (44%)	
Eher unzufrieden	7 (39%)	
Sehr unzufrieden	1 (6%)	
Patient*in		0 (0%)
Sehr zufrieden	5 (28%)	
Eher zufrieden	12 (67%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Angehörigen		0 (0%)
Sehr zufrieden	3 (17%)	
Eher zufrieden	14 (78%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit Ihrer Weitergabe von behandlungs-relevanten Informationen im Versorgungs-verlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…		
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)
Sehr zufrieden	4 (22%)	
Eher zufrieden	10 (56%)	
Eher unzufrieden	3 (17%)	
Sehr unzufrieden	1 (6%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (11%)
Sehr zufrieden	4 (22%)	
Eher zufrieden	11 (61%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Krankenhaus		1 (6%)
Sehr zufrieden	3 (17%)	
Eher zufrieden	9 (50%)	
Eher unzufrieden	5 (28%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Patient*in		0 (0%)
Sehr zufrieden	8 (44%)	
Eher zufrieden	9 (50%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Angehörigen		0 (0%)
Sehr zufrieden	8 (44%)	
Eher zufrieden	9 (50%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen?		
Hausärztlichen Praxis		
Brief	7 (39%)	0 (0%)
Gespräch	8 (44%)	
Fax	11 (61%)	

E-Mail	1 (6%)	
Durch Patient*in	1 (6%)	
Keine Weitergabe	2 (11%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (17%)
Brief	7 (39%)	
Gespräch	6 (33%)	
Fax	4 (22%)	
E-Mail	1 (6%)	
Durch Patient*in	0 (0%)	
Keine Weitergabe	3 (17%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)	
Krankenhaus		1 (6%)
Brief	8 (44%)	
Gespräch	7 (39%)	
Fax	9 (50%)	
E-Mail	2 (11%)	
Durch Patient*in	0 (0%)	
Keine Weitergabe	0 (0%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)	
Angehörigen		0 (0%)
Brief	2 (11%)	
Gespräch	17 (94%)	
Fax	1 (6%)	
E-Mail	3 (17%)	
Durch Patient*in	4 (22%)	
Keine Weitergabe	0 (0%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)	
Geben Sie Informationen über Krebspatient*innen weiter an die/das…?		
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)
Immer	10 (56%)	
Meistens	3 (17%)	
Manchmal	1 (6%)	
Selten	2 (11%)	
Nie	1 (6%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (11%)
Immer	2 (11%)	
Meistens	3 (17%)	
Manchmal	1 (6%)	
Selten	5 (28%)	
Nie	3 (17%)	
Trifft nicht zu	2 (11%)	
Patient*in		1 (6%)
Immer	3 (17%)	
Meistens	5 (28%)	
Manchmal	1 (6%)	
Selten	4 (22%)	

Nie	1 (6%)	
Trifft nicht zu	3 (17%)	
Angehörigen		0 (0%)
Immer	10 (56%)	
Meistens	8 (44%)	
Manchmal	0 (0%)	
Selten	0 (0%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Erhalten Sie derzeit alle relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen für die weitere Betreuung von der/dem/den…?		
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)
Immer	1 (6%)	
Meistens	9 (50%)	
Manchmal	5 (28%)	
Selten	3 (17%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (6%)
Immer	1 (6%)	
Meistens	8 (44%)	
Manchmal	2 (11%)	
Selten	4 (22%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	2 (11%)	
Krankenhaus		0 (0%)
Immer	2 (11%)	
Meistens	6 (33%)	
Manchmal	8 (44%)	
Selten	2 (11%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Patient*in		0 (0%)
Immer	1 (6%)	
Meistens	11 (61%)	
Manchmal	5 (28%)	
Selten	1 (6%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
Angehörigen		0 (0%)
Immer	2 (11%)	
Meistens	13 (72%)	
Manchmal	2 (11%)	
Selten	1 (6%)	
Nie	0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	
In welcher Form dokumentieren Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen?		0 (0%)

Papierform	10 (56%)	
Computer	12 (67%)	
Tablet/Handy	3 (17%)	
Sonstiges	0 (0%)	
Welche Informationen geben Sie derzeit an wen weiter?		
Hausärztliche Praxis		1 (6%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	0 (0%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	
Tod	0 (0%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (17%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	0 (0%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	
Tod	0 (0%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Krankenhaus		2 (11%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	0 (0%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	
Tod	0 (0%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Weitere Fachärzt*innen		5 (28%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	0 (0%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	
Tod	0 (0%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Patient*in		1 (6%)
Krankheitsverlauf	10 (56%)	
Änderungen Medikationsplan	15 (83%)	
Pflegebedürftigkeit	11 (61%)	
Pflegerische Intervention	15 (83%)	
Psychosoziale Intervention	10 (56%)	
Tod	2 (11%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Angehörige		0 (0%)
Krankheitsverlauf	13 (72%)	
Änderungen Medikationsplan	15 (83%)	

Pflegebedürftigkeit	14 (78%)	
Pflegerische Intervention	14 (78%)	
Psychosoziale Intervention	14 (78%)	
Tod	14 (78%)	
Keine Informationen	0 (0%)	
Sozialdienst		2 (11%)
Krankheitsverlauf	3 (17%)	
Änderungen Medikationsplan	1 (6%)	
Pflegebedürftigkeit	7 (39%)	
Pflegerische Intervention	4 (22%)	
Psychosoziale Intervention	5 (28%)	
Tod	8 (44%)	
Keine Informationen	5 (28%)	
Pflegeversicherung		3 (17%)
Krankheitsverlauf	1 (6%)	
Änderungen Medikationsplan	2 (11%)	
Pflegebedürftigkeit	6 (33%)	
Pflegerische Intervention	3 (17%)	
Psychosoziale Intervention	1 (6%)	
Tod	7 (39%)	
Keine Informationen	8 (44%)	
Krankenversicherung		3 (17%)
Krankheitsverlauf	1 (6%)	
Änderungen Medikationsplan	1 (6%)	
Pflegebedürftigkeit	4 (22%)	
Pflegerische Intervention	1 (6%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	
Tod	6 (33%)	
Keine Informationen	8 (44%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch mit Ihnen und den Versorger*innen über gemeinsame Krebspatient*innen?		0 (0%)
Nein	1 (6%)	
Ja	17 (94%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen in Ihrer Organisation?		0 (0%)
Nein	1 (6%)	
Ja	17 (94%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen mit der/dem jeweiligen Hausärzt*in?		0 (0%)
Nein	9 (50%)	
Ja	9 (50%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Kommunikation zwischen Ihnen und der/dem/den… Hausärztlichen Praxis		0 (0%)
Sehr zufrieden	1 (6%)	

Eher zufrieden	10 (56%)	
Eher unzufrieden	7 (39%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis	1 (6%)	1 (6%)
Sehr zufrieden	12 (67%)	
Eher zufrieden	4 (22%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden		
Krankenhaus	0 (0%)	0 (0%)
Sehr zufrieden	10 (56%)	
Eher zufrieden	8 (44%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden		
Patient*in	9 (50%)	0 (0%)
Sehr zufrieden	9 (50%)	
Eher zufrieden	0 (0%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden		
Angehörigen	7 (39%)	0 (0%)
Sehr zufrieden	11 (61%)	
Eher zufrieden	0 (0%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden		
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der/dem/den…?		
Hausärztlichen Praxis	0 (0%)	0 (0%)
Sehr zufrieden	10 (56%)	
Eher zufrieden	8 (44%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden		
Hämato-onkologische Praxis	1 (6%)	1 (6%)
Sehr zufrieden	10 (56%)	
Eher zufrieden	5 (28%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)	
Sehr unzufrieden		
Krankenhaus	0 (0%)	0 (0%)
Sehr zufrieden	12 (67%)	
Eher zufrieden	6 (33%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden		
Patient*in	5 (28%)	0 (0%)
Sehr zufrieden	13 (72%)	
Eher zufrieden	0 (0%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	
Sehr unzufrieden		
Angehörigen	4 (22%)	0 (0%)
Sehr zufrieden	14 (78%)	
Eher zufrieden	0 (0%)	

Eher unzufrieden	0 (0%)
Sehr unzufrieden	1 (6%)

Tabelle Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t1 (online) - KoPP

Tabelle 3: Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t1 (online) - KoPP

Frage / Ausprägungen	Gesamt (N=339), n (%)	Fehlende Werte, n (%)
Bitte geben Sie an, in welchem Arbeitsfeld Sie derzeit tätig sind.		122 (36%)
SAPV-Team	95 (28%)	
Hospizdienst	43 (13%)	
Ambulanter Pflegedienst	17 (5%)	
Krankenhaus	10 (3%)	
Palliativstation im Krankenhaus	22 (6%)	
Sonstiges	30 (9%)	
Durch wen werden Sie hauptsächlich in die Behandlung / Versorgung der Krebspatient*innen einbezogen?		121 (36%)
Patient*in selbst	82 (24%)	
Angehörige	146 (43%)	
Hausärztliche Praxis	116 (34%)	
Hämato-logische Praxis	60 (18%)	
Krankenhaus	160 (47%)	
Pflegeheim	73 (22%)	
Sozialdienst	75 (22%)	
Sonstiges	29 (9%)	
Wie bewerten Sie den Zeitpunkt, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?		107 (32%)
Zu früh	35 (10%)	
Genau richtig	51 (15%)	
Zu spät	121 (36%)	
Unterschiedlich	79 (23%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…		
Hausärztlichen Praxis		100 (29%)
Sehr zufrieden	39 (12%)	
Eher zufrieden	98 (29%)	
Eher unzufrieden	64 (19%)	
Sehr unzufrieden	38 (11%)	
Hämato-onkologische Praxis		139 (41%)
Sehr zufrieden	28 (8%)	
Eher zufrieden	99 (29%)	

Eher unzufrieden	46 (14%)	
Sehr unzufrieden	27 (8%)	
Krankenhaus		122 (36%)
Sehr zufrieden	27 (8%)	
Eher zufrieden	98 (29%)	
Eher unzufrieden	75 (22%)	
Sehr unzufrieden	17 (5%)	
Patient*in		128 (38%)
Sehr zufrieden	64 (19%)	
Eher zufrieden	129 (38%)	
Eher unzufrieden	18 (5%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Angehörigen		124 (37%)
Sehr zufrieden	63 (19%)	
Eher zufrieden	134 (40%)	
Eher unzufrieden	18 (5%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	
Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen?		
Hausärztlichen Praxis		123 (36%)
Brief	65 (19%)	
Gespräch	156 (46%)	
Fax	101 (30%)	
E-Mail	21 (6%)	
Durch Patient*in	46 (14%)	
Keine Weitergabe	13 (4%)	
Sonstiges, z.B. App	1 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		140 (41%)
Brief	56 (17%)	
Gespräch	104 (31%)	
Fax	77 (23%)	
E-Mail	16 (5%)	
Durch Patient*in	35 (10%)	
Keine Weitergabe	23 (7%)	
Sonstiges, z.B. App	3 (1%)	
Krankenhaus		127 (37%)
Brief	73 (22%)	
Gespräch	161 (47%)	
Fax	81 (24%)	
E-Mail	21 (6%)	
Durch Patient*in	43 (13%)	
Keine Weitergabe	7 (2%)	
Sonstiges, z.B. App	4 (1%)	
Angehörigen		124 (37%)
Brief	11 (3%)	
Gespräch	209 (62%)	
Fax	3 (1%)	
E-Mail	37 (11%)	
Durch Patient*in	32 (9%)	

Keine Weitergabe	2 (1%)	
Sonstiges, z.B. App	3 (1%)	
Geben Sie Informationen über Krebspatient*innen weiter an die/das…?		
Hausärztlichen Praxis		123 (36%)
Immer	96 (28%)	
Meistens	60 (18%)	
Manchmal	32 (9%)	
Selten	19 (6%)	
Nie	4 (1%)	
Trifft nicht zu	5 (1%)	
Hämato-onkologische Praxis		132 (39%)
Immer	62 (18%)	
Meistens	50 (15%)	
Manchmal	36 (11%)	
Selten	24 (7%)	
Nie	13 (4%)	
Trifft nicht zu	22 (6%)	
Patient*in		123 (36%)
Immer	119 (35%)	
Meistens	55 (16%)	
Manchmal	30 (9%)	
Selten	5 (1%)	
Nie	2 (1%)	
Trifft nicht zu	5 (1%)	
Angehörigen		128 (38%)
Immer	66 (19%)	
Meistens	50 (15%)	
Manchmal	33 (10%)	
Selten	36 (11%)	
Nie	14 (4%)	
Trifft nicht zu	12 (4%)	
In welcher Form dokumentieren Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen?		122 (36%)
Papierform	110 (32%)	
Computer	216 (64%)	
Tablet/Handy	62 (18%)	
Sonstiges	3 (1%)	
Welche Informationen geben Sie derzeit an wen weiter?		
Hausärztliche Praxis		128 (38%)
Krankheitsverlauf	146 (43%)	
Änderungen Medikationsplan	152 (45%)	
Pflegebedürftigkeit	93 (27%)	
Pflegerische Intervention	96 (28%)	
Psychosoziale Intervention	90 (27%)	
Tod	156 (46%)	
Keine Informationen	14 (4%)	
Hämato-onkologische Praxis		139 (41%)
Krankheitsverlauf	101 (30%)	

Änderungen Medikationsplan	110 (32%)	
Pflegebedürftigkeit	33 (10%)	
Pflegerische Intervention	50 (15%)	
Psychosoziale Intervention	48 (14%)	
Tod	98 (29%)	
Keine Informationen	54 (16%)	
Krankenhaus		144 (42%)
Krankheitsverlauf	90 (27%)	
Änderungen Medikationsplan	74 (22%)	
Pflegebedürftigkeit	54 (16%)	
Pflegerische Intervention	58 (17%)	
Psychosoziale Intervention	59 (17%)	
Tod	57 (17%)	
Keine Informationen	60 (18%)	
Weitere Fachärzt*innen		154 (45%)
Krankheitsverlauf	85 (25%)	
Änderungen Medikationsplan	75 (22%)	
Pflegebedürftigkeit	28 (8%)	
Pflegerische Intervention	34 (10%)	
Psychosoziale Intervention	34 (10%)	
Tod	47 (14%)	
Keine Informationen	66 (19%)	
Patient*in		134 (40%)
Krankheitsverlauf	160 (47%)	
Änderungen Medikationsplan	178 (53%)	
Pflegebedürftigkeit	165 (49%)	
Pflegerische Intervention	157 (46%)	
Psychosoziale Intervention	146 (43%)	
Tod	20 (6%)	
Keine Informationen	5 (1%)	
Angehörige		129 (38%)
Krankheitsverlauf	161 (47%)	
Änderungen Medikationsplan	167 (49%)	
Pflegebedürftigkeit	162 (48%)	
Pflegerische Intervention	150 (44%)	
Psychosoziale Intervention	159 (47%)	
Tod	109 (32%)	
Keine Informationen	8 (2%)	
Sozialdienst		152 (45%)
Krankheitsverlauf	58 (17%)	
Änderungen Medikationsplan	29 (9%)	
Pflegebedürftigkeit	82 (24%)	
Pflegerische Intervention	46 (14%)	
Psychosoziale Intervention	77 (23%)	
Tod	60 (18%)	
Keine Informationen	65 (19%)	
Pflegeversicherung		155 (46%)
Krankheitsverlauf	18 (5%)	
Änderungen Medikationsplan	11 (3%)	

Pflegebedürftigkeit	64 (19%)	
Pflegerische Intervention	23 (7%)	
Psychosoziale Intervention	10 (3%)	
Tod	34 (10%)	
Keine Informationen	93 (27%)	
Krankenversicherung		151 (45%)
Krankheitsverlauf	23 (7%)	
Änderungen Medikationsplan	20 (6%)	
Pflegebedürftigkeit	52 (15%)	
Pflegerische Intervention	23 (7%)	
Psychosoziale Intervention	10 (3%)	
Tod	65 (19%)	
Keine Informationen	77 (23%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch mit Ihnen und den Versorger*innen über gemeinsame Krebspatient*innen?		123 (36%)
Nein	131 (39%)	
Ja	85 (25%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen in Ihrer Organisation?		125 (37%)
Nein	49 (14%)	
Ja	165 (49%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen mit der/dem jeweiligen Hausärzt*in?		126 (37%)
Nein	148 (44%)	
Ja	65 (19%)	
Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein?		
Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von anderen Berufsgruppen eine angemessene Anerkennung.		127 (37%)
Ich stimme voll und ganz zu	23 (7%)	
Ich stimme zu	68 (20%)	
Teils/Teils	95 (28%)	
Ich stimme nicht zu	18 (5%)	
Ich stimme überhaupt nicht zu	8 (2%)	
Die Palliativpflegefachkräfte erhalten von den Krebspatient*innen eine angemessene Anerkennung.		127 (37%)
Ich stimme voll und ganz zu	89 (26%)	
Ich stimme zu	104 (31%)	
Teils/Teils	19 (6%)	
Ich stimme nicht zu	0 (0%)	
Ich stimme überhaupt nicht zu	0 (0%)	
Mit meiner Arbeit leiste ich einen Beitrag zu der Versorgung von Krebspatient*innen, den sonst niemand leisten kann.		129 (38%)
Ich stimme voll und ganz zu	93 (27%)	
Ich stimme zu	68 (20%)	
Teils/Teils	45 (13%)	

Ich stimme nicht zu	3 (1%)	
Ich stimme überhaupt nicht zu	1 (0%)	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit im Allgemeinen?		127 (37%)
Sehr zurfrieden	80 (24%)	
Zufrieden	107 (32%)	
Teils/teils	19 (6%)	
Eher unzufrieden	4 (1%)	
Überhaupt nicht zufrieden	2 (1%)	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit bzgl. der Versorgung von Krebspatient*innen?		127 (37%)
Sehr zurfrieden	52 (15%)	
Zufrieden	110 (32%)	
Teils/teils	40 (12%)	
Eher unzufrieden	7 (2%)	
Überhaupt nicht zufrieden	3 (1%)	

Tabelle Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t2 - KoPP

Tabelle 4: Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t2 - KoPP

Frage / Ausprägungen	IG (N=17), n (%)	NA, n (%)	VG (N=19), n (%)	NA, n (%)
Bitte geben Sie an, in welchem Arbeitsfeld Sie derzeit tätig sind.		0 (0%)		0 (0%)
SAPV-Team	12 (71%)		14 (74%)	
Hospizdienst	4 (24%)		2 (11%)	
Ambulanter Pflegedienst	0 (0%)		0 (0%)	
Krankenhaus	0 (0%)		1 (5%)	
Palliativstation im Krankenhaus	0 (0%)		1 (5%)	
Sonstiges	4 (24%)		3 (16%)	
Durch wen werden Sie hauptsächlich in die Behandlung / Versorgung der Krebspatient*innen einbezogen?		0 (0%)		0 (0%)
Patient*in selbst	10 (59%)		7 (37%)	
Angehörige	12 (71%)		12 (63%)	
Hausärztliche Praxis	10 (59%)		12 (63%)	
Hämato-logische Praxis	10 (59%)		12 (63%)	
Krankenhaus	11 (65%)		15 (79%)	
Pflegeheim	5 (29%)		6 (32%)	
Sozialdienst	7 (41%)		9 (47%)	
Sonstiges	5 (29%)		4 (21%)	
Wie bewerten Sie den Zeitpunkt, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?		0 (0%)		1 (5%)
Zu früh	0 (0%)		0 (0%)	
Genau richtig	2 (12%)		1 (5%)	
Zu spät	9 (53%)		12 (63%)	
Unterschiedlich	6 (35%)		5 (26%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	0 (0%)		0 (0%)	

Eher zufrieden	10 (59%)		9 (47%)	
Eher unzufrieden	4 (24%)		8 (42%)	
Sehr unzufrieden	3 (18%)		1 (5%)	
Hämato-onkologische Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	0 (0%)		2 (11%)	
Eher zufrieden	11 (65%)		6 (32%)	
Eher unzufrieden	4 (24%)		9 (47%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		1 (5%)	
Krankenhaus		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	9 (53%)		5 (26%)	
Eher unzufrieden	7 (41%)		10 (53%)	
Sehr unzufrieden	1 (6%)		3 (16%)	
Patient*in		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	6 (35%)		6 (32%)	
Eher zufrieden	10 (59%)		12 (63%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Angehörigen		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	5 (29%)		7 (37%)	
Eher zufrieden	10 (59%)		10 (53%)	
Eher unzufrieden	2 (12%)		1 (5%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit Ihrer Weitergabe von behandlungs-relevanten Informationen im Versorgungs-verlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	4 (24%)		1 (5%)	
Eher zufrieden	8 (47%)		11 (58%)	
Eher unzufrieden	4 (24%)		5 (26%)	
Sehr unzufrieden	1 (6%)		1 (5%)	
Hämato-onkologische Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	4 (24%)		2 (11%)	
Eher zufrieden	9 (53%)		7 (37%)	
Eher unzufrieden	2 (12%)		7 (37%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (11%)	

Krankenhaus		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	5 (29%)		1 (5%)	
Eher zufrieden	6 (35%)		6 (32%)	
Eher unzufrieden	5 (29%)		6 (32%)	
Sehr unzufrieden	1 (6%)		5 (26%)	
Patient*in		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	10 (59%)		9 (47%)	
Eher zufrieden	7 (41%)		8 (42%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (5%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Angehörigen		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	11 (65%)		7 (37%)	
Eher zufrieden	6 (35%)		10 (53%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (5%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen?				
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Brief	7 (41%)		3 (16%)	
Gespräch	9 (53%)		8 (42%)	
Fax	11 (65%)		11 (58%)	
E-Mail	1 (6%)		4 (21%)	
Durch Patient*in	4 (24%)		4 (21%)	
Keine Weitergabe	1 (6%)		2 (11%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		1 (5%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (6%)		1 (5%)
Brief	6 (35%)		5 (26%)	
Gespräch	7 (41%)		12 (63%)	
Fax	10 (59%)		8 (42%)	
E-Mail	1 (6%)		1 (5%)	
Durch Patient*in	2 (12%)		5 (26%)	
Keine Weitergabe	3 (18%)		2 (11%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		1 (5%)	
Krankenhaus		0 (0%)		1 (5%)
Brief	5 (29%)		5 (26%)	
Gespräch	9 (53%)		9 (47%)	

Fax	8 (47%)		11 (58%)	
E-Mail	2 (12%)		1 (5%)	
Durch Patient*in	2 (12%)		5 (26%)	
Keine Weitergabe	2 (12%)		1 (5%)	
Sonstiges, z.B. App	1 (6%)		1 (5%)	
Angehörigen		0 (0%)		1 (5%)
Brief	1 (6%)		0 (0%)	
Gespräch	15 (88%)		15 (79%)	
Fax	1 (6%)		1 (5%)	
E-Mail	4 (24%)		8 (42%)	
Durch Patient*in	4 (24%)		5 (26%)	
Keine Weitergabe	1 (6%)		1 (5%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Geben Sie Informationen über Krebspatient*innen weiter an die/das…?				
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Immer	6 (35%)		3 (16%)	
Meistens	6 (35%)		9 (47%)	
Manchmal	2 (12%)		2 (11%)	
Selten	1 (6%)		1 (5%)	
Nie	1 (6%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)		3 (16%)	
Hämato-onkologische Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Immer	5 (29%)		3 (16%)	
Meistens	5 (29%)		8 (42%)	
Manchmal	4 (24%)		3 (16%)	
Selten	1 (6%)		2 (11%)	
Nie	1 (6%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)		2 (11%)	
Patient*in		0 (0%)		1 (5%)
Immer	5 (29%)		1 (5%)	
Meistens	3 (18%)		5 (26%)	
Manchmal	2 (12%)		5 (26%)	
Selten	5 (29%)		5 (26%)	
Nie	1 (6%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)		2 (11%)	
Angehörigen		0 (0%)		2 (11%)
Immer	13 (76%)		11 (58%)	
Meistens	4 (24%)		6 (32%)	
Manchmal	0 (0%)		0 (0%)	
Selten	0 (0%)		0 (0%)	

Nie	0 (0%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)		0 (0%)	
Erhalten Sie derzeit alle relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen für die weitere Betreuung von der/dem/den…?				
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Immer	1 (6%)		0 (0%)	
Meistens	10 (59%)		11 (58%)	
Manchmal	2 (12%)		4 (21%)	
Selten	1 (6%)		1 (5%)	
Nie	2 (12%)		1 (5%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)		1 (5%)	
Hämato-onkologische Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Immer	1 (6%)		2 (11%)	
Meistens	11 (65%)		10 (53%)	
Manchmal	3 (18%)		4 (21%)	
Selten	1 (6%)		0 (0%)	
Nie	1 (6%)		1 (5%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)		1 (5%)	
Krankenhaus		0 (0%)		1 (5%)
Immer	2 (12%)		2 (11%)	
Meistens	7 (41%)		8 (42%)	
Manchmal	5 (29%)		5 (26%)	
Selten	2 (12%)		2 (11%)	
Nie	1 (6%)		1 (5%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)		0 (0%)	
Patient*in		0 (0%)		1 (5%)
Immer	2 (12%)		4 (21%)	
Meistens	12 (71%)		9 (47%)	
Manchmal	3 (18%)		3 (16%)	
Selten	0 (0%)		1 (5%)	
Nie	0 (0%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)		1 (5%)	
Angehörigen		0 (0%)		1 (5%)
Immer	1 (6%)		3 (16%)	
Meistens	11 (65%)		10 (53%)	
Manchmal	4 (24%)		3 (16%)	
Selten	0 (0%)		1 (5%)	
Nie	0 (0%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)		1 (5%)	

In welcher Form dokumentieren Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen?		1 (6%)		2 (11%)
Papierform	7 (41%)		5 (26%)	
Computer	13 (76%)		15 (79%)	
Tablet/Handy	5 (29%)		4 (21%)	
Sonstiges	1 (6%)		2 (11%)	
Welche Informationen geben Sie derzeit an wen weiter?				
Hausärztliche Praxis		0 (0%)		1 (5%)
Krankheitsverlauf	11 (65%)		4 (21%)	
Änderungen Medikationsplan	15 (88%)		11 (58%)	
Pflegebedürftigkeit	6 (35%)		2 (11%)	
Pflegerische Intervention	6 (35%)		6 (32%)	
Psychosoziale Intervention	8 (47%)		7 (37%)	
Tod	16 (94%)		13 (68%)	
Keine Informationen	1 (6%)		4 (21%)	
Hämato-onkologische Praxis		0 (0%)		3 (16%)
Krankheitsverlauf	9 (53%)		7 (37%)	
Änderungen Medikationsplan	11 (65%)		9 (47%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (12%)		1 (5%)	
Pflegerische Intervention	3 (18%)		2 (11%)	
Psychosoziale Intervention	4 (24%)		5 (26%)	
Tod	6 (35%)		10 (53%)	
Keine Informationen	7 (41%)		3 (16%)	
Krankenhaus		1 (6%)		4 (21%)
Krankheitsverlauf	3 (18%)		4 (21%)	
Änderungen Medikationsplan	6 (35%)		3 (16%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (12%)		1 (5%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)		2 (11%)	
Psychosoziale Intervention	1 (6%)		4 (21%)	
Tod	5 (29%)		4 (21%)	
Keine Informationen	7 (41%)		6 (32%)	
Weitere Fachärzt*innen		1 (6%)		5 (26%)
Krankheitsverlauf	3 (18%)		3 (16%)	
Änderungen Medikationsplan	5 (29%)		4 (21%)	
Pflegebedürftigkeit	0 (0%)		1 (5%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)		2 (11%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)		4 (21%)	

	Tod	1 (6%)	4 (21%)	
	Keine Informationen	2 (12%)	1 (5%)	
Patient*in		3 (18%)		1 (5%)
	Krankheitsverlauf	12 (71%)	11 (58%)	
	Änderungen Medikationsplan	13 (76%)	14 (74%)	
	Pflegebedürftigkeit	13 (76%)	12 (63%)	
	Pflegerische Intervention	12 (71%)	12 (63%)	
	Psychosoziale Intervention	11 (65%)	15 (79%)	
	Tod	2 (12%)	1 (5%)	
	Keine Informationen	1 (6%)	0 (0%)	
Angehörige		1 (6%)		1 (5%)
	Krankheitsverlauf	13 (76%)	10 (53%)	
	Änderungen Medikationsplan	13 (76%)	11 (58%)	
	Pflegebedürftigkeit	13 (76%)	12 (63%)	
	Pflegerische Intervention	13 (76%)	13 (68%)	
	Psychosoziale Intervention	12 (71%)	14 (74%)	
	Tod	11 (65%)	7 (37%)	
	Keine Informationen	1 (6%)	0 (0%)	
Sozialdienst		1 (6%)		4 (21%)
	Krankheitsverlauf	1 (6%)	3 (16%)	
	Änderungen Medikationsplan	1 (6%)	2 (11%)	
	Pflegebedürftigkeit	4 (24%)	7 (37%)	
	Pflegerische Intervention	3 (18%)	4 (21%)	
	Psychosoziale Intervention	4 (24%)	6 (32%)	
	Tod	6 (35%)	3 (16%)	
	Keine Informationen	8 (47%)	5 (26%)	
Pflegeversicherung		1 (6%)		2 (11%)
	Krankheitsverlauf	1 (6%)	2 (11%)	
	Änderungen Medikationsplan	1 (6%)	0 (0%)	
	Pflegebedürftigkeit	6 (35%)	7 (37%)	
	Pflegerische Intervention	1 (6%)	1 (5%)	
	Psychosoziale Intervention	1 (6%)	0 (0%)	
	Tod	1 (6%)	1 (5%)	

Keine Informationen	10 (59%)		10 (53%)	
Krankenversicherung		0 (0%)		3 (16%)
Krankheitsverlauf	1 (6%)		2 (11%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)		1 (5%)	
Pflegebedürftigkeit	5 (29%)		3 (16%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)		1 (5%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)		1 (5%)	
Tod	5 (29%)		7 (37%)	
Keine Informationen	10 (59%)		7 (37%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch mit Ihnen und den Versorger*innen über gemeinsame Krebspatient*innen?		0 (0%)		1 (5%)
Nein	10 (59%)		15 (79%)	
Ja	7 (41%)		3 (16%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen in Ihrer Organisation?		0 (0%)		1 (5%)
Nein	3 (18%)		4 (21%)	
Ja	14 (82%)		14 (74%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen mit der/dem jeweiligen Hausärzt*in?		1 (5%)		1 (5%)
Nein	11 (65%)		13 (68%)	
Ja	5 (29%)		5 (26%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Kommunikation zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)		2 (11%)
Sehr zufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	11 (65%)		9 (47%)	
Eher unzufrieden	3 (18%)		6 (32%)	
Sehr unzufrieden	3 (18%)		2 (11%)	
Hämato-onkologische Praxis		0 (0%)		2 (11%)
Sehr zufrieden	1 (6%)		1 (5%)	
Eher zufrieden	8 (47%)		7 (37%)	
Eher unzufrieden	6 (35%)		7 (37%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (11%)	
Krankenhaus		1 (6%)		4 (21%)

Sehr zufrieden	0 (0%)		1 (5%)	
Eher zufrieden	6 (35%)		1 (5%)	
Eher unzufrieden	8 (47%)		10 (53%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		3 (16%)	
Patient*in		1 (6%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	6 (35%)		10 (53%)	
Eher zufrieden	9 (53%)		8 (42%)	
Eher unzufrieden	3 (18%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Angehörigen		0 (0%)		2 (11%)
Sehr zufrieden	7 (41%)		9 (47%)	
Eher zufrieden	9 (53%)		8 (42%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)		1 (5%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der/dem/den…?				
Hausärztlichen Praxis		0 (0%)		0 (0%)
Sehr zufrieden	0 (0%)		1 (5%)	
Eher zufrieden	12 (71%)		9 (47%)	
Eher unzufrieden	2 (12%)		5 (26%)	
Sehr unzufrieden	3 (18%)		2 (11%)	
Hämato-onkologische Praxis		0 (0%)		2 (11%)
Sehr zufrieden	1 (6%)		1 (5%)	
Eher zufrieden	10 (59%)		7 (37%)	
Eher unzufrieden	4 (24%)		8 (42%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		1 (5%)	
Krankenhaus		0 (0%)		4 (21%)
Sehr zufrieden	0 (0%)		1 (5%)	
Eher zufrieden	6 (35%)		2 (11%)	
Eher unzufrieden	10 (59%)		9 (47%)	
Sehr unzufrieden	1 (6%)		3 (16%)	
Patient*in		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	9 (53%)		10 (53%)	
Eher zufrieden	7 (41%)		8 (42%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	

Angehörigen		0 (0%)		1 (5%)
Sehr zufrieden	9 (53%)		9 (47%)	
Eher zufrieden	7 (41%)		8 (42%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)		1 (5%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	

Tabelle Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t3 - KoPP

Tabelle 5: Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t3 - KoPP

Frage / Ausprägungen	IG (N=17), n (%)	NA, n (%)	VG (N=17), n (%)	NA, n (%)
Bitte geben Sie an, in welchem Arbeitsfeld Sie derzeit tätig sind.		0 (0%)		0 (0%)
SAPV-Team	11 (65%)		12 (71%)	
Hospizdienst	2 (12%)		2 (12%)	
Ambulanter Pflegedienst	1 (6%)		0 (0%)	
Krankenhaus	2 (12%)		2 (12%)	
Palliativstation im Krankenhaus	0 (0%)		1 (6%)	
Sonstiges	4 (24%)		3 (18%)	
Durch wen werden Sie hauptsächlich in die Behandlung / Versorgung der Krebspatient*innen einbezogen?		1 (6%)		0 (0%)
Patient*in selbst	4 (24%)		2 (12%)	
Angehörige	4 (24%)		5 (29%)	
Hausärztliche Praxis	5 (29%)		6 (35%)	
Hämato-logische Praxis	7 (41%)		9 (53%)	
Krankenhaus	10 (59%)		7 (41%)	
Pflegeheim	3 (18%)		2 (12%)	
Sozialdienst	2 (12%)		2 (12%)	
Sonstiges	1 (6%)		4 (24%)	
Wie bewerten Sie den Zeitpunkt, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?		2 (12%)		3 (18%)
Zu früh	1 (6%)		1 (6%)	
Genau richtig	6 (35%)		5 (29%)	
Zu spät	4 (24%)		3 (18%)	
Unterschiedlich	4 (24%)		4 (24%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		6 (35%)		8 (47%)
Sehr zufrieden	1 (6%)		1 (6%)	
Eher zufrieden	6 (35%)		3 (18%)	
Eher unzufrieden	2 (12%)		3 (18%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (12%)	
Hämato-onkologische Praxis		4 (24%)		6 (35%)
Sehr zufrieden	3 (18%)		4 (24%)	

Eher zufrieden	5 (29%)		1 (6%)	
Eher unzufrieden	2 (12%)		3 (18%)	
Sehr unzufrieden	3 (18%)		3 (18%)	
Krankenhaus		2 (12%)		7 (41%)
Sehr zufrieden	1 (6%)		1 (6%)	
Eher zufrieden	8 (47%)		3 (18%)	
Eher unzufrieden	4 (24%)		4 (24%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (12%)	
Patient*in		5 (29%)		7 (41%)
Sehr zufrieden	4 (24%)		3 (18%)	
Eher zufrieden	7 (41%)		6 (35%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)		1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Angehörigen		4 (24%)		8 (47%)
Sehr zufrieden	4 (24%)		2 (12%)	
Eher zufrieden	8 (47%)		5 (29%)	
Eher unzufrieden	1 (6%)		1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		1 (6%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit Ihrer Weitergabe von behandlungs-relevanten Informationen im Versorgungs-verlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		6 (35%)		8 (47%)
Sehr zufrieden	2 (12%)		1 (6%)	
Eher zufrieden	3 (18%)		4 (24%)	
Eher unzufrieden	4 (24%)		2 (12%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (12%)	
Hämato-onkologische Praxis		4 (24%)		6 (35%)
Sehr zufrieden	3 (18%)		4 (24%)	
Eher zufrieden	6 (35%)		2 (12%)	
Eher unzufrieden	2 (12%)		2 (12%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		3 (18%)	
Krankenhaus		2 (12%)		8 (47%)
Sehr zufrieden	3 (18%)		1 (6%)	
Eher zufrieden	7 (41%)		4 (24%)	
Eher unzufrieden	3 (18%)		3 (18%)	
Sehr unzufrieden	2 (12%)		1 (6%)	
Patient*in		3 (18%)		6 (35%)
Sehr zufrieden	7 (41%)		8 (47%)	
Eher zufrieden	7 (41%)		2 (12%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (6%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	

Angehörigen		4 (24%)		7 (41%)
Sehr zufrieden	6 (35%)		7 (41%)	
Eher zufrieden	6 (35%)		2 (12%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (6%)	
Sehr unzufrieden	1 (6%)		0 (0%)	
Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen?				
Hausärztlichen Praxis		5 (29%)		5 (29%)
Brief	0 (0%)		1 (6%)	
Gespräch	2 (12%)		3 (18%)	
Fax	2 (12%)		2 (12%)	
E-Mail	0 (0%)		0 (0%)	
Durch Patient*in	0 (0%)		2 (12%)	
Keine Weitergabe	9 (53%)		5 (29%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (18%)		4 (24%)
Brief	0 (0%)		0 (0%)	
Gespräch	6 (35%)		8 (47%)	
Fax	3 (18%)		2 (12%)	
E-Mail	3 (18%)		6 (35%)	
Durch Patient*in	0 (0%)		4 (24%)	
Keine Weitergabe	6 (35%)		3 (18%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Krankenhaus		2 (12%)		5 (29%)
Brief	0 (0%)		1 (6%)	
Gespräch	6 (35%)		3 (18%)	
Fax	2 (12%)		3 (18%)	
E-Mail	5 (29%)		1 (6%)	
Durch Patient*in	1 (6%)		2 (12%)	
Keine Weitergabe	5 (29%)		4 (24%)	
Sonstiges, z.B. App	1 (6%)		0 (0%)	
Angehörigen		4 (24%)		5 (29%)
Brief	0 (0%)		0 (0%)	
Gespräch	8 (47%)		8 (47%)	
Fax	1 (6%)		0 (0%)	
E-Mail	0 (0%)		1 (6%)	
Durch Patient*in	0 (0%)		5 (29%)	
Keine Weitergabe	5 (29%)		2 (12%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Geben Sie Informationen über Krebspatient*innen weiter an die/das…?				
Hausärztlichen Praxis		5 (29%)		5 (29%)

Immer	3 (18%)		2 (12%)	
Meistens	3 (18%)		1 (6%)	
Manchmal	1 (6%)		1 (6%)	
Selten	1 (6%)		1 (6%)	
Nie	0 (0%)		2 (12%)	
Trifft nicht zu	4 (24%)		5 (29%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (18%)		4 (24%)
Immer	7 (41%)		4 (24%)	
Meistens	4 (24%)		3 (18%)	
Manchmal	0 (0%)		1 (6%)	
Selten	1 (6%)		1 (6%)	
Nie	0 (0%)		2 (12%)	
Trifft nicht zu	2 (12%)		2 (12%)	
Patient*in		2 (12%)		5 (29%)
Immer	5 (29%)		2 (12%)	
Meistens	6 (35%)		1 (6%)	
Manchmal	0 (0%)		1 (6%)	
Selten	2 (12%)		2 (12%)	
Nie	2 (12%)		3 (18%)	
Trifft nicht zu			3 (18%)	
Angehörigen		6 (35%)		5 (29%)
Immer	9 (53%)		8 (47%)	
Meistens	1 (6%)		2 (12%)	
Manchmal	0 (0%)		0 (0%)	
Selten	0 (0%)		0 (0%)	
Nie	0 (0%)		1 (6%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)		1 (6%)	
Erhalten Sie derzeit alle relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen für die weitere Betreuung von der/dem/den…?				
Hausärztlichen Praxis		5 (29%)		5 (29%)
Immer	0 (0%)		0 (0%)	
Meistens	4 (24%)		2 (12%)	
Manchmal	1 (6%)		0 (0%)	
Selten	3 (18%)		2 (12%)	
Nie	0 (0%)		3 (18%)	
Trifft nicht zu	4 (24%)		5 (29%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (18%)		4 (24%)
Immer	2 (12%)		4 (24%)	
Meistens	6 (35%)		3 (18%)	
Manchmal	0 (0%)		1 (6%)	
Selten	4 (24%)		0 (0%)	
Nie	0 (0%)		3 (18%)	
Trifft nicht zu	2 (12%)		2 (12%)	

Krankenhaus		2 (12%)	5 (29%)
Immer	0 (0%)	2 (12%)	
Meistens	8 (47%)	3 (18%)	
Manchmal	2 (12%)	1 (6%)	
Selten	2 (12%)	0 (0%)	
Nie	0 (0%)	2 (12%)	
Trifft nicht zu	3 (18%)	4 (24%)	
Patient*in		3 (18%)	5 (29%)
Immer	4 (24%)	3 (18%)	
Meistens	8 (47%)	7 (41%)	
Manchmal	2 (12%)	0 (0%)	
Selten	0 (0%)	0 (0%)	
Nie	0 (0%)	1 (6%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)	1 (6%)	
Angehörigen		4 (24%)	5 (29%)
Immer	1 (6%)	1 (6%)	
Meistens	8 (47%)	6 (35%)	
Manchmal	3 (18%)	0 (0%)	
Selten	0 (0%)	0 (0%)	
Nie	0 (0%)	2 (12%)	
Trifft nicht zu	1 (6%)	3 (18%)	
In welcher Form dokumentieren Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen?		1 (6%)	5 (29%)
Papierform	6 (35%)	5 (29%)	
Computer	13 (76%)	9 (53%)	
Tablet/Handy	7 (41%)	3 (18%)	
Sonstiges	0 (0%)	0 (0%)	
Welche Informationen geben Sie derzeit an wen weiter?			
Hausärztliche Praxis		5 (29%)	6 (35%)
Krankheitsverlauf	6 (35%)	2 (12%)	
Änderungen Medikationsplan	6 (35%)	3 (18%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (12%)	3 (18%)	
Pflegerische Intervention	3 (18%)	2 (12%)	
Psychosoziale Intervention	3 (18%)	2 (12%)	
Tod	5 (29%)	4 (24%)	
Keine Informationen	6 (35%)	7 (41%)	
Hämato-onkologische Praxis		4 (24%)	6 (35%)
Krankheitsverlauf	8 (47%)	6 (35%)	
Änderungen Medikationsplan	8 (47%)	5 (29%)	
Pflegebedürftigkeit	6 (35%)	5 (29%)	
Pflegerische Intervention	3 (18%)	4 (24%)	

	Psychosoziale Intervention	7 (41%)	6 (35%)	
	Tod	8 (47%)	4 (24%)	
	Keine Informationen	1 (6%)	4 (24%)	
Krankenhaus		3 (18%)		5 (29%)
	Krankheitsverlauf	10 (59%)	5 (29%)	
	Änderungen Medikationsplan	7 (41%)	4 (24%)	
	Pflegebedürftigkeit	3 (18%)	4 (24%)	
	Pflegerische Intervention	3 (18%)	3 (18%)	
	Psychosoziale Intervention	4 (24%)	5 (29%)	
	Tod	4 (24%)	5 (29%)	
	Keine Informationen	4 (24%)	5 (29%)	
Weitere Fachärzt*innen		7 (41%)		6 (35%)
	Krankheitsverlauf	3 (18%)	2 (12%)	
	Änderungen Medikationsplan	3 (18%)	2 (12%)	
	Pflegebedürftigkeit	0 (0%)	1 (6%)	
	Pflegerische Intervention	0 (0%)	1 (6%)	
	Psychosoziale Intervention	0 (0%)	1 (6%)	
	Tod	2 (12%)	2 (12%)	
	Keine Informationen	7 (41%)	8 (47%)	
Patient*in		5 (29%)		5 (29%)
	Krankheitsverlauf	6 (35%)	6 (35%)	
	Änderungen Medikationsplan	6 (35%)	6 (35%)	
	Pflegebedürftigkeit	8 (47%)	7 (41%)	
	Pflegerische Intervention	5 (29%)	8 (47%)	
	Psychosoziale Intervention	9 (53%)	8 (47%)	
	Tod	0 (0%)	3 (18%)	
	Keine Informationen	1 (6%)	3 (18%)	
Angehörige		5 (29%)		5 (29%)
	Krankheitsverlauf	5 (29%)	6 (35%)	
	Änderungen Medikationsplan	6 (35%)	5 (29%)	
	Pflegebedürftigkeit	8 (47%)	6 (35%)	
	Pflegerische Intervention	6 (35%)	6 (35%)	
	Psychosoziale Intervention	8 (47%)	7 (41%)	
	Tod	3 (18%)	5 (29%)	
	Keine Informationen	2 (12%)	5 (29%)	
Sozialdienst		6 (35%)		6 (35%)
	Krankheitsverlauf	2 (12%)	2 (12%)	
	Änderungen Medikationsplan	1 (6%)	0 (0%)	
	Pflegebedürftigkeit	2 (12%)	3 (18%)	
	Pflegerische Intervention	2 (12%)	1 (6%)	
	Psychosoziale Intervention	1 (6%)	1 (6%)	
	Tod	0 (0%)	1 (6%)	
	Keine Informationen	8 (47%)	7 (41%)	

Pflegeversicherung		6 (35%)	8 (47%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (12%)	2 (12%)	
Pflegerische Intervention	2 (12%)	1 (6%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	0 (0%)	
Tod	1 (6%)	0 (0%)	
Keine Informationen	9 (53%)	7 (41%)	
Krankenversicherung		5 (29%)	7 (41%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	1 (6%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (12%)	0 (0%)	
Pflegerische Intervention	1 (6%)	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	0 (0%)	
Tod	3 (18%)	2 (12%)	
Keine Informationen	8 (47%)	7 (41%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch mit Ihnen und den Versorger*innen über gemeinsame Krebspatient*innen?		1 (6%)	4 (24%)
Nein	14 (82%)	9 (53%)	
Ja	2 (12%)	4 (24%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen in Ihrer Organisation?		1 (6%)	4 (24%)
Nein	7 (41%)	6 (35%)	
Ja	9 (53%)	7 (41%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen mit der/dem jeweiligen Hausärzt*in?		2 (12%)	4 (24%)
Nein	14 (82%)	10 (59%)	
Ja	1 (6%)	3 (18%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Kommunikation zwischen Ihnen und der/dem/den…			
Hausärztlichen Praxis		4 (24%)	8 (47%)
Sehr zufrieden	2 (12%)	1 (6%)	
Eher zufrieden	5 (29%)	3 (18%)	
Eher unzufrieden	3 (18%)	3 (18%)	
Sehr unzufrieden	3 (18%)	2 (12%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (18%)	6 (35%)
Sehr zufrieden	3 (18%)	5 (29%)	
Eher zufrieden	6 (35%)	1 (6%)	

	Eher unzufrieden	3 (18%)		3 (18%)
	Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (12%)
Krankenhaus			3 (18%)	7 (41%)
	Sehr zufrieden	2 (12%)		1 (6%)
	Eher zufrieden	5 (29%)		3 (18%)
	Eher unzufrieden	5 (29%)		4 (24%)
	Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (12%)
Patient*in			2 (12%)	6 (35%)
	Sehr zufrieden	10 (59%)		4 (24%)
	Eher zufrieden	5 (29%)		5 (29%)
	Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (6%)
	Sehr unzufrieden	0 (0%)		1 (6%)
Angehörigen			3 (18%)	7 (41%)
	Sehr zufrieden	6 (35%)		2 (12%)
	Eher zufrieden	7 (41%)		5 (29%)
	Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (6%)
	Sehr unzufrieden	1 (6%)		1 (6%)
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der/dem/den…?				
Hausärztlichen Praxis			7 (41%)	8 (47%)
	Sehr zufrieden	2 (12%)		1 (6%)
	Eher zufrieden	5 (29%)		2 (12%)
	Eher unzufrieden	0 (0%)		5 (29%)
	Sehr unzufrieden	3 (18%)		1 (6%)
Hämato-onkologische Praxis			3 (18%)	6 (35%)
	Sehr zufrieden	3 (18%)		4 (24%)
	Eher zufrieden	6 (35%)		2 (12%)
	Eher unzufrieden	3 (18%)		3 (18%)
	Sehr unzufrieden	2 (12%)		2 (12%)
Krankenhaus			3 (18%)	7 (41%)
	Sehr zufrieden	2 (12%)		2 (12%)
	Eher zufrieden	7 (41%)		2 (12%)
	Eher unzufrieden	2 (12%)		4 (24%)
	Sehr unzufrieden	3 (18%)		2 (12%)
Patient*in			3 (18%)	6 (35%)
	Sehr zufrieden	9 (53%)		4 (24%)
	Eher zufrieden	4 (24%)		5 (29%)
	Eher unzufrieden	1 (6%)		1 (6%)
	Sehr unzufrieden	0 (0%)		1 (6%)

Angehörigen			5 (29%)	7 (41%)
	Sehr zufrieden	7 (41%)	3 (18%)	
	Eher zufrieden	4 (24%)	5 (29%)	
	Eher unzufrieden	0 (0%)	1 (6%)	
	Sehr unzufrieden	1 (6%)	1 (6%)	

Tabelle Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t4 - KoPP

Tabelle 6: Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t4 - KoPP

Frage / Ausprägungen	IG (N=15), n (%)	NA, n (%)	VG (N=14), n (%)	NA, n (%)
Bitte geben Sie an, in welchem Arbeitsfeld Sie derzeit tätig sind.		0 (0%)		0 (0%)
SAPV-Team	9 (60%)		10 (71%)	
Hospizdienst	2 (13%)		2 (14%)	
Ambulanter Pflegedienst	0 (0%)		0 (0%)	
Krankenhaus	0 (0%)		2 (14%)	
Palliativstation im Krankenhaus	0 (0%)		1 (7%)	
Sonstiges	4 (27%)		2 (14%)	
Durch wen werden Sie hauptsächlich in die Behandlung / Versorgung der Krebspatient*innen einbezogen?		0 (0%)		0 (0%)
Patient*in selbst	8 (53%)		5 (36%)	
Angehörige	9 (60%)		7 (50%)	
Hausärztliche Praxis	6 (40%)		7 (50%)	
Hämato-logische Praxis	11 (73%)		13 (93%)	
Krankenhaus	10 (67%)		8 (57%)	
Pflegeheim	7 (47%)		5 (36%)	
Sozialdienst	5 (33%)		3 (21%)	
Sonstiges	3 (20%)		3 (21%)	
Wie bewerten Sie den Zeitpunkt, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?		2 (13%)		1 (7%)
Zu früh	1 (7%)		0 (0%)	
Genau richtig	5 (33%)		5 (36%)	
Zu spät	4 (27%)		2 (14%)	
Unterschiedlich	3 (20%)		6 (43%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		3 (20%)		5 (36%)
Sehr zufrieden	2 (13%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	4 (27%)		3 (21%)	
Eher unzufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Sehr unzufrieden	3 (20%)		4 (29%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (13%)		2 (14%)

Sehr zufrieden	3 (20%)		3 (21%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		4 (29%)	
Eher unzufrieden	4 (27%)		4 (29%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	
Krankenhaus		2 (13%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		5 (36%)	
Eher unzufrieden	4 (27%)		2 (14%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		3 (21%)	
Patient*in		2 (13%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	4 (27%)		4 (29%)	
Eher zufrieden	7 (47%)		7 (50%)	
Eher unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	
Angehörigen		2 (13%)		3 (21%)
Sehr zufrieden	4 (27%)		3 (21%)	
Eher zufrieden	8 (53%)		6 (43%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (7%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit Ihrer Weitergabe von behandlungs-relevanten Informationen im Versorgungs-verlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		2 (13%)		4 (29%)
Sehr zufrieden	3 (20%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	3 (20%)		4 (29%)	
Eher unzufrieden	5 (33%)		3 (21%)	
Sehr unzufrieden	2 (13%)		3 (21%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (13%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	3 (20%)		3 (21%)	
Eher zufrieden	6 (40%)		6 (43%)	
Eher unzufrieden	2 (13%)		1 (7%)	
Sehr unzufrieden	2 (13%)		2 (14%)	
Krankenhaus		2 (13%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		5 (36%)	
Eher unzufrieden	4 (27%)		2 (14%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		3 (21%)	
Patient*in		2 (13%)		3 (21%)
Sehr zufrieden	4 (27%)		5 (36%)	
Eher zufrieden	7 (47%)		5 (36%)	
Eher unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	

Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	
Angehörigen		2 (13%)		4 (29%)
Sehr zufrieden	4 (27%)		3 (21%)	
Eher zufrieden	7 (47%)		6 (43%)	
Eher unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	
Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen?				
Hausärztlichen Praxis		3 (20%)		4 (29%)
Brief	1 (7%)		0 (0%)	
Gespräch	3 (20%)		0 (0%)	
Fax	2 (13%)		2 (14%)	
E-Mail	0 (0%)		0 (0%)	
Durch Patient*in	0 (0%)		1 (7%)	
Keine Weitergabe	8 (53%)		8 (57%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (13%)		3 (21%)
Brief	1 (7%)		0 (0%)	
Gespräch	10 (67%)		7 (50%)	
Fax	4 (27%)		2 (14%)	
E-Mail	8 (53%)		6 (43%)	
Durch Patient*in	1 (7%)		0 (0%)	
Keine Weitergabe	1 (7%)		1 (7%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		1 (7%)	
Krankenhaus		2 (13%)		3 (21%)
Brief	2 (13%)		1 (7%)	
Gespräch	6 (40%)		5 (36%)	
Fax	2 (13%)		1 (7%)	
E-Mail	3 (20%)		1 (7%)	
Durch Patient*in	2 (13%)		1 (7%)	
Keine Weitergabe	5 (33%)		5 (36%)	
Sonstiges, z.B. App	1 (7%)		11 (79%)	
Angehörigen		3 (20%)		4 (29%)
Brief	9 (60%)		1 (7%)	
Gespräch	2 (13%)		7 (50%)	
Fax	1 (7%)		0 (0%)	
E-Mail	1 (7%)		0 (0%)	
Durch Patient*in	3 (20%)		2 (14%)	
Keine Weitergabe	0 (0%)		2 (14%)	
Sonstiges, z.B. App			0 (0%)	

Geben Sie Informationen über Krebspatient*innen weiter an die/das…?				
Hausärztlichen Praxis		3 (20%)		3 (21%)
Immer	2 (13%)		2 (14%)	
Meistens	1 (7%)		2 (14%)	
Manchmal	1 (7%)		1 (7%)	
Selten	1 (7%)		0 (0%)	
Nie	1 (7%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	6 (40%)		6 (43%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (13%)		2 (14%)
Immer	11 (73%)		6 (43%)	
Meistens	0 (0%)		4 (29%)	
Manchmal	0 (0%)		1 (7%)	
Selten	0 (0%)		0 (0%)	
Nie	1 (7%)		1 (7%)	
Trifft nicht zu	1 (7%)		0 (0%)	
Patient*in		2 (13%)		3 (21%)
Immer	4 (27%)		3 (21%)	
Meistens	2 (13%)		2 (14%)	
Manchmal	2 (13%)		1 (7%)	
Selten	1 (7%)		1 (7%)	
Nie	1 (7%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	3 (20%)		4 (29%)	
Angehörigen		2 (13%)		2 (14%)
Immer	11 (73%)		9 (64%)	
Meistens	1 (7%)		3 (21%)	
Manchmal	0 (0%)		0 (0%)	
Selten	0 (0%)		0 (0%)	
Nie	1 (7%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	0 (0%)		0 (0%)	
Erhalten Sie derzeit alle relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen für die weitere Betreuung von der/dem/den…?				
Hausärztlichen Praxis		2 (13%)		2 (14%)
Immer	0 (0%)		0 (0%)	
Meistens	4 (27%)		2 (14%)	
Manchmal	1 (7%)		2 (14%)	
Selten	1 (7%)		0 (0%)	
Nie	1 (7%)		1 (7%)	
Trifft nicht zu	6 (40%)		7 (50%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (13%)		2 (14%)

Immer	2 (13%)		2 (14%)	
Meistens	6 (40%)		5 (36%)	
Manchmal	3 (20%)		2 (14%)	
Selten	0 (0%)		2 (14%)	
Nie	0 (0%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	2 (13%)		1 (7%)	
Krankenhaus		2 (13%)		2 (14%)
Immer	1 (7%)		1 (7%)	
Meistens	3 (20%)		4 (29%)	
Manchmal	4 (27%)		3 (21%)	
Selten	1 (7%)		1 (7%)	
Nie	0 (0%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	4 (27%)		3 (21%)	
Patient*in		2 (13%)		2 (14%)
Immer	1 (7%)		2 (14%)	
Meistens	8 (53%)		8 (57%)	
Manchmal	2 (13%)		1 (7%)	
Selten	0 (0%)		0 (0%)	
Nie	0 (0%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	1 (7%)		1 (7%)	
Angehörigen		2 (13%)		2 (14%)
Immer	2 (13%)		2 (14%)	
Meistens	9 (60%)		4 (29%)	
Manchmal	0 (0%)		3 (21%)	
Selten	0 (0%)		1 (7%)	
Nie	0 (0%)		0 (0%)	
Trifft nicht zu	2 (13%)		2 (14%)	
In welcher Form dokumentieren Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen?		1 (7%)		2 (14%)
Papierform	3 (20%)		1 (7%)	
Computer	11 (73%)		11 (79%)	
Tablet/Handy	4 (27%)		4 (29%)	
Sonstiges	0 (0%)		1 (7%)	
Welche Informationen geben Sie derzeit an wen weiter?				
Hausärztliche Praxis		2 (13%)		3 (21%)
Krankheitsverlauf	6 (40%)		3 (21%)	
Änderungen Medikationsplan	6 (40%)		4 (29%)	
Pflegebedürftigkeit	4 (27%)		2 (14%)	
Pflegerische Intervention	4 (27%)		3 (21%)	
Psychosoziale Intervention	3 (20%)		3 (21%)	
Tod	6 (40%)		5 (36%)	
Keine Informationen	7 (47%)		6 (43%)	

Hämato-onkologische Praxis		2 (13%)	3 (21%)
Krankheitsverlauf	11 (73%)	7 (50%)	
Änderungen Medikationsplan	8 (53%)	4 (29%)	
Pflegebedürftigkeit	7 (47%)	6 (43%)	
Pflegerische Intervention	4 (27%)	5 (36%)	
Psychosoziale Intervention	8 (53%)	7 (50%)	
Tod	10 (67%)	8 (57%)	
Keine Informationen	2 (13%)	2 (14%)	
Krankenhaus		2 (13%)	4 (29%)
Krankheitsverlauf	6 (40%)	3 (21%)	
Änderungen Medikationsplan	6 (40%)	2 (14%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (13%)	3 (21%)	
Pflegerische Intervention	3 (20%)	2 (14%)	
Psychosoziale Intervention	3 (20%)	3 (21%)	
Tod	6 (40%)	3 (21%)	
Keine Informationen	7 (47%)	7 (50%)	
Weitere Fachärzt*innen		2 (13%)	3 (21%)
Krankheitsverlauf	5 (33%)	2 (14%)	
Änderungen Medikationsplan	5 (33%)	2 (14%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (13%)	2 (14%)	
Pflegerische Intervention	2 (13%)	2 (14%)	
Psychosoziale Intervention	2 (13%)	2 (14%)	
Tod	5 (33%)	3 (21%)	
Keine Informationen	8 (53%)	8 (57%)	
Patient*in		2 (13%)	3 (21%)
Krankheitsverlauf	9 (60%)	4 (29%)	
Änderungen Medikationsplan	10 (67%)	6 (43%)	
Pflegebedürftigkeit	10 (67%)	10 (71%)	
Pflegerische Intervention	11 (73%)	6 (43%)	
Psychosoziale Intervention	10 (67%)	7 (50%)	
Tod	1 (7%)	1 (7%)	
Keine Informationen	1 (7%)	1 (7%)	
Angehörige		2 (13%)	3 (21%)
Krankheitsverlauf	10 (67%)	4 (29%)	
Änderungen Medikationsplan	9 (60%)	4 (29%)	
Pflegebedürftigkeit	10 (67%)	7 (50%)	

Pflegerische Intervention	10 (67%)	6 (43%)	
Psychosoziale Intervention	11 (73%)	6 (43%)	
Tod	7 (47%)	4 (29%)	
Keine Informationen	3 (20%)	1 (7%)	
Sozialdienst		2 (13%)	4 (29%)
Krankheitsverlauf	1 (7%)	1 (7%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	1 (7%)	
Pflegebedürftigkeit	4 (27%)	2 (14%)	
Pflegerische Intervention	1 (7%)	1 (7%)	
Psychosoziale Intervention	2 (13%)	1 (7%)	
Tod	2 (13%)	1 (7%)	
Keine Informationen	9 (60%)	8 (57%)	
Pflegeversicherung		2 (13%)	4 (29%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	3 (20%)	0 (0%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	0 (0%)	
Tod	0 (0%)	2 (14%)	
Keine Informationen	10 (67%)	8 (57%)	
Krankenversicherung		2 (13%)	4 (29%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)	0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	3 (20%)	0 (0%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)	0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)	0 (0%)	
Tod	0 (0%)	3 (21%)	
Keine Informationen	10 (67%)	7 (50%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch mit Ihnen und den Versorger*innen über gemeinsame Krebspatient*innen?		1 (7%)	2 (14%)
Nein	10 (67%)	6 (43%)	
Ja	4 (27%)	6 (43%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen in Ihrer Organisation?		0 (0%)	2 (14%)
Nein	7 (47%)	5 (36%)	
Ja	8 (53%)	7 (50%)	

Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen mit der/dem jeweiligen Hausärzt*in?		0 (0%)		2 (14%)
Nein	13 (87%)		11 (79%)	
Ja	2 (13%)		1 (7%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Kommunikation zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	2 (13%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	6 (40%)		3 (21%)	
Eher unzufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Sehr unzufrieden	3 (20%)		3 (21%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	4 (27%)		3 (21%)	
Eher zufrieden	4 (27%)		6 (43%)	
Eher unzufrieden	4 (27%)		2 (14%)	
Sehr unzufrieden	2 (13%)		1 (7%)	
Krankenhaus		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		2 (14%)	
Eher unzufrieden	3 (20%)		6 (43%)	
Sehr unzufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Patient*in		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	7 (47%)		6 (43%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		5 (36%)	
Eher unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	
Angehörigen		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	7 (47%)		5 (36%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		5 (36%)	
Eher unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der/dem/den…?				
Hausärztlichen Praxis		1 (7%)		4 (29%)
Sehr zufrieden	2 (13%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	6 (40%)		3 (21%)	
Eher unzufrieden	3 (20%)		3 (21%)	
Sehr unzufrieden	3 (20%)		4 (29%)	

Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	4 (27%)		3 (21%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		4 (29%)	
Eher unzufrieden	2 (13%)		3 (21%)	
Sehr unzufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Krankenhaus		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		3 (21%)	
Eher unzufrieden	3 (20%)		4 (29%)	
Sehr unzufrieden	3 (20%)		2 (14%)	
Patient*in		1 (7%)		2 (14%)
Sehr zufrieden	8 (53%)		6 (43%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		4 (29%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		2 (14%)	
Angehörigen		1 (7%)		3 (21%)
Sehr zufrieden	8 (53%)		4 (29%)	
Eher zufrieden	5 (33%)		6 (43%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (7%)	

Tabelle Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t6 - KoPP

Tabelle 7: Kontinuität der Versorgung zum Erhebungszeitpunkt t6 - KoPP

Frage / Ausprägungen	IG (N=14), n (%)	NA, n (%)	VG (N=12), n (%)	NA, n (%)
Bitte geben Sie an, in welchem Arbeitsfeld Sie derzeit tätig sind.		1 (7%)		1 (8%)
SAPV-Team	6 (43%)		7 (58%)	
Hospizdienst	2 (14%)		0 (0%)	
Ambulanter Pflegedienst	0 (0%)		0 (0%)	
Krankenhaus	1 (7%)		2 (17%)	
Palliativstation im Krankenhaus	1 (7%)		3 (25%)	
Sonstiges	5 (36%)		3 (25%)	
Durch wen werden Sie hauptsächlich in die Behandlung / Versorgung der Krebspatient*innen einbezogen?		1 (7%)		1 (8%)
Patient*in selbst	5 (36%)		5 (42%)	
Angehörige	5 (36%)		4 (33%)	
Hausärztliche Praxis	3 (21%)		4 (33%)	
Hämato-logische Praxis	8 (57%)		5 (42%)	
Krankenhaus	7 (50%)		7 (58%)	
Pflegeheim	1 (7%)		2 (17%)	
Sozialdienst	0 (0%)		2 (17%)	
Sonstiges	1 (7%)		3 (25%)	
Wie bewerten Sie den Zeitpunkt, zu dem Sie in die Versorgung der Krebspatient*innen derzeit hinzugezogen werden?		1 (7%)		3 (25%)
Zu früh	1 (7%)		0 (0%)	
Genau richtig	4 (29%)		4 (33%)	
Zu spät	6 (43%)		0 (0%)	
Unterschiedlich	2 (14%)		5 (42%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit dem Erhalt von behandlungsrelevanten Informationen im Versorgungsverlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		2 (14%)		6 (43%)
Sehr zufrieden	2 (14%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	3 (21%)		3 (25%)	
Eher unzufrieden	3 (21%)		2 (17%)	
Sehr unzufrieden	4 (29%)		1 (8%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)		3 (25%)
Sehr zufrieden	3 (21%)		2 (17%)	
Eher zufrieden	4 (29%)		5 (42%)	
Eher unzufrieden	3 (21%)		1 (8%)	

Sehr unzufrieden	3 (21%)		1 (8%)	
Krankenhaus		2 (14%)		3 (25%)
Sehr zufrieden	2 (14%)		3 (25%)	
Eher zufrieden	2 (14%)		3 (25%)	
Eher unzufrieden	5 (36%)		2 (17%)	
Sehr unzufrieden	3 (21%)		1 (8%)	
Patient*in		2 (14%)		3 (25%)
Sehr zufrieden	4 (29%)		4 (33%)	
Eher zufrieden	7 (50%)		4 (33%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (8%)	
Angehörigen		2 (14%)		4 (33%)
Sehr zufrieden	4 (29%)		3 (25%)	
Eher zufrieden	7 (50%)		4 (33%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		1 (8%)	
Wie zufrieden sind Sie im Durchschnitt derzeit mit Ihrer Weitergabe von behandlungs-relevanten Informationen im Versorgungs-verlauf zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		2 (14%)		6 (43%)
Sehr zufrieden	2 (14%)		2 (17%)	
Eher zufrieden	6 (43%)		4 (33%)	
Eher unzufrieden	2 (14%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	2 (14%)		0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)		4 (33%)
Sehr zufrieden	5 (36%)		3 (25%)	
Eher zufrieden	5 (36%)		4 (33%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		1 (8%)	
Sehr unzufrieden	3 (21%)		0 (0%)	
Krankenhaus		2 (14%)		5 (42%)
Sehr zufrieden	2 (14%)		4 (33%)	
Eher zufrieden	5 (36%)		2 (17%)	
Eher unzufrieden	3 (21%)		1 (8%)	
Sehr unzufrieden	3 (21%)		0 (0%)	
Patient*in		2 (14%)		4 (33%)
Sehr zufrieden	3 (21%)		7 (58%)	
Eher zufrieden	8 (57%)		1 (8%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	
Angehörigen		2 (14%)		5 (42%)

Sehr zufrieden	4 (29%)		6 (50%)	
Eher zufrieden	6 (43%)		1 (8%)	
Eher unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)		0 (0%)	
Wie erfolgt derzeit im Projekt OnCoPaTh die Weitergabe von Informationen über Krebspatient*innen?				
Hausärztlichen Praxis		3 (21%)		4 (33%)
Brief	1 (7%)		0 (0%)	
Gespräch	3 (21%)		1 (8%)	
Fax	1 (7%)		2 (17%)	
E-Mail	1 (7%)		0 (0%)	
Durch Patient*in	0 (0%)		2 (17%)	
Keine Weitergabe	7 (50%)		4 (33%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Hämato-onkologische Praxis		3 (21%)		3 (25%)
Brief	2 (14%)		0 (0%)	
Gespräch	5 (36%)		5 (42%)	
Fax	3 (21%)		3 (25%)	
E-Mail	5 (36%)		2 (17%)	
Durch Patient*in	1 (7%)		4 (33%)	
Keine Weitergabe	2 (14%)		1 (8%)	
Sonstiges, z.B. App	2 (14%)		0 (0%)	
Krankenhaus		2 (14%)		4 (33%)
Brief	0 (0%)		0 (0%)	
Gespräch	4 (29%)		3 (25%)	
Fax	3 (21%)		3 (25%)	
E-Mail	3 (21%)		5 (42%)	
Durch Patient*in	0 (0%)		4 (33%)	
Keine Weitergabe	6 (43%)		1 (8%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Angehörigen		2 (14%)		4 (33%)
Brief	0 (0%)		0 (0%)	
Gespräch	8 (57%)		6 (50%)	
Fax	1 (7%)		0 (0%)	
E-Mail	0 (0%)		0 (0%)	
Durch Patient*in	1 (7%)		0 (0%)	
Keine Weitergabe	4 (29%)		2 (17%)	
Sonstiges, z.B. App	0 (0%)		0 (0%)	
Geben Sie Informationen über Krebspatient*innen weiter an die/das…?				
Hausärztlichen Praxis		1 (7%)		3 (25%)
Immer	3 (21%)		1 (8%)	
Meistens	2 (14%)		1 (8%)	

	Manchmal	2 (14%)	3 (25%)	
	Selten	1 (7%)	0 (0%)	
	Nie	2 (14%)	0 (0%)	
	Trifft nicht zu	3 (21%)	4 (33%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)		3 (25%)
	Immer	7 (50%)	5 (42%)	
	Meistens	3 (21%)	1 (8%)	
	Manchmal	1 (7%)	2 (17%)	
	Selten	0 (0%)	1 (8%)	
	Nie	0 (0%)	0 (0%)	
	Trifft nicht zu	2 (14%)	0 (0%)	
Patient*in		1 (7%)		3 (25%)
	Immer	2 (14%)	5 (42%)	
	Meistens	2 (14%)	1 (8%)	
	Manchmal	3 (21%)	0 (0%)	
	Selten	0 (0%)	2 (17%)	
	Nie	3 (21%)	0 (0%)	
	Trifft nicht zu	3 (21%)	1 (8%)	
Angehörigen		1 (7%)		3 (25%)
	Immer	7 (50%)	8 (67%)	
	Meistens	3 (21%)	0 (0%)	
	Manchmal	1 (7%)	1 (8%)	
	Selten	0 (0%)	0 (0%)	
	Nie	1 (7%)	0 (0%)	
	Trifft nicht zu	1 (7%)	0 (0%)	
Erhalten Sie derzeit alle relevanten Informationen über Ihre Krebspatient*innen für die weitere Betreuung von der/dem/den…?				
Hausärztlichen Praxis		2 (14%)		3 (25%)
	Immer	0 (0%)	0 (0%)	
	Meistens	4 (29%)	2 (17%)	
	Manchmal	2 (14%)	2 (17%)	
	Selten	1 (7%)	1 (8%)	
	Nie	3 (21%)	1 (8%)	
	Trifft nicht zu	2 (14%)	3 (25%)	
Hämato-onkologische Praxis		2 (14%)		3 (25%)
	Immer	1 (7%)	1 (8%)	
	Meistens	4 (29%)	5 (42%)	
	Manchmal	4 (29%)	1 (8%)	
	Selten	0 (0%)	2 (17%)	
	Nie	1 (7%)	0 (0%)	
	Trifft nicht zu	2 (14%)	0 (0%)	
Krankenhaus		1 (7%)		3 (25%)

Immer	0 (0%)		1 (8%)	
Meistens	4 (29%)		5 (42%)	
Manchmal	5 (36%)		2 (17%)	
Selten	1 (7%)		0 (0%)	
Nie	1 (7%)		1 (8%)	
Trifft nicht zu	2 (14%)		0 (0%)	
Patient*in		1 (7%)		3 (25%)
Immer	1 (7%)		4 (33%)	
Meistens	7 (50%)		4 (33%)	
Manchmal	3 (21%)		0 (0%)	
Selten	1 (7%)		0 (0%)	
Nie	0 (0%)		1 (8%)	
Trifft nicht zu	1 (7%)		0 (0%)	
Angehörigen		1 (7%)		3 (25%)
Immer	1 (7%)		2 (17%)	
Meistens	6 (43%)		4 (33%)	
Manchmal	4 (29%)		0 (0%)	
Selten	0 (0%)		1 (8%)	
Nie	1 (7%)		1 (8%)	
Trifft nicht zu	1 (7%)		1 (8%)	
In welcher Form dokumentieren Sie die Behandlung/ den Kontakt mit Krebspatient*innen?		1 (7%)		3 (25%)
Papierform	2 (14%)		3 (25%)	
Computer	10 (71%)		9 (75%)	
Tablet/Handy	5 (36%)		3 (25%)	
Sonstiges	13 (93%)		9 (75%)	
Welche Informationen geben Sie derzeit an wen weiter?				
Hausärztliche Praxis		1 (7%)		3 (25%)
Krankheitsverlauf	6 (43%)		3 (25%)	
Änderungen Medikationsplan	6 (43%)		2 (17%)	
Pflegebedürftigkeit	4 (29%)		1 (8%)	
Pflegerische Intervention	4 (29%)		1 (8%)	
Psychosoziale Intervention	3 (21%)		2 (17%)	
Tod	7 (50%)		2 (17%)	
Keine Informationen	6 (43%)		4 (33%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)		3 (25%)
Krankheitsverlauf	8 (57%)		5 (42%)	
Änderungen Medikationsplan	8 (57%)		3 (25%)	
Pflegebedürftigkeit	5 (36%)		7 (58%)	
Pflegerische Intervention	4 (29%)		5 (42%)	
Psychosoziale Intervention	6 (43%)		6 (50%)	

	Tod	7 (50%)	6 (50%)	
	Keine Informationen	4 (29%)	0 (0%)	
Krankenhaus		2 (14%)		3 (25%)
	Krankheitsverlauf	3 (21%)	5 (42%)	
	Änderungen Medikationsplan	3 (21%)	3 (25%)	
	Pflegebedürftigkeit	1 (7%)	5 (42%)	
	Pflegerische Intervention	1 (7%)	4 (33%)	
	Psychosoziale Intervention	1 (7%)	5 (42%)	
	Tod	3 (21%)	5 (42%)	
	Keine Informationen	8 (57%)	2 (17%)	
Weitere Fachärzt*innen		2 (14%)		4 (33%)
	Krankheitsverlauf	3 (21%)	2 (17%)	
	Änderungen Medikationsplan	3 (21%)	1 (8%)	
	Pflegebedürftigkeit	1 (7%)	0 (0%)	
	Pflegerische Intervention	1 (7%)	0 (0%)	
	Psychosoziale Intervention	1 (7%)	0 (0%)	
	Tod	1 (7%)	1 (8%)	
	Keine Informationen	9 (64%)	6 (50%)	
Patient*in		1 (7%)		4 (33%)
	Krankheitsverlauf	8 (57%)	5 (42%)	
	Änderungen Medikationsplan	9 (64%)	5 (42%)	
	Pflegebedürftigkeit	5 (36%)	4 (33%)	
	Pflegerische Intervention	9 (64%)	7 (58%)	
	Psychosoziale Intervention	9 (64%)	8 (67%)	
	Tod	0 (0%)	2 (17%)	
	Keine Informationen	3 (21%)	0 (0%)	
Angehörige		1 (7%)		3 (25%)
	Krankheitsverlauf	8 (57%)	4 (33%)	
	Änderungen Medikationsplan	8 (57%)	4 (33%)	
	Pflegebedürftigkeit	8 (57%)	7 (58%)	
	Pflegerische Intervention	8 (57%)	6 (50%)	
	Psychosoziale Intervention	9 (64%)	7 (58%)	
	Tod	4 (29%)	3 (25%)	
	Keine Informationen	4 (29%)	2 (17%)	
Sozialdienst		3 (21%)		5 (42%)
	Krankheitsverlauf	0 (0%)	0 (0%)	
	Änderungen Medikationsplan	0 (0%)	0 (0%)	
	Pflegebedürftigkeit	1 (7%)	2 (17%)	
	Pflegerische Intervention	1 (7%)	2 (17%)	
	Psychosoziale Intervention	0 (0%)	3 (25%)	
	Tod	1 (7%)	0 (0%)	
	Keine Informationen	9 (64%)	4 (33%)	
Pflegeversicherung		1 (7%)		5 (42%)

Krankheitsverlauf	0 (0%)		0 (0%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)		0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	4 (29%)		0 (0%)	
Pflegerische Intervention	1 (7%)		0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)		0 (0%)	
Tod	0 (0%)		0 (0%)	
Keine Informationen	9 (64%)		7 (58%)	
Krankenversicherung		1 (7%)		4 (33%)
Krankheitsverlauf	0 (0%)		1 (8%)	
Änderungen Medikationsplan	0 (0%)		0 (0%)	
Pflegebedürftigkeit	2 (14%)		1 (8%)	
Pflegerische Intervention	0 (0%)		0 (0%)	
Psychosoziale Intervention	0 (0%)		0 (0%)	
Tod	0 (0%)		1 (8%)	
Keine Informationen	11 (79%)		6 (50%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch mit Ihnen und den Versorger*innen über gemeinsame Krebspatient*innen?		1 (7%)		2 (17%)
Nein	9 (64%)		6 (50%)	
Ja	4 (29%)		4 (33%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen in Ihrer Organisation?		1 (7%)		3 (25%)
Nein	5 (36%)		5 (42%)	
Ja	8 (57%)		4 (33%)	
Gibt es einen (regelmäßigen) strukturierten Informationsaustausch über die Krebs-patient*innen mit der/dem jeweiligen Hausärzt*in?		2 (14%)		3 (25%)
Nein	11 (79%)		6 (50%)	
Ja	1 (7%)		3 (25%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Kommunikation zwischen Ihnen und der/dem/den…				
Hausärztlichen Praxis		2 (14%)		5 (42%)
Sehr zufrieden	2 (14%)		0 (0%)	
Eher zufrieden	2 (14%)		4 (33%)	
Eher unzufrieden	5 (36%)		2 (17%)	
Sehr unzufrieden	3 (21%)		1 (8%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)		3 (25%)
Sehr zufrieden	3 (21%)		2 (17%)	
Eher zufrieden	3 (21%)		6 (50%)	
Eher unzufrieden	5 (36%)		1 (8%)	
Sehr unzufrieden	2 (14%)		0 (0%)	

Krankenhaus		2 (14%)	3 (25%)
Sehr zufrieden	1 (7%)	2 (17%)	
Eher zufrieden	4 (29%)	4 (33%)	
Eher unzufrieden	6 (43%)	2 (17%)	
Sehr unzufrieden	1 (7%)	1 (8%)	
Patient*in		1 (7%)	3 (25%)
Sehr zufrieden	6 (43%)	7 (58%)	
Eher zufrieden	6 (43%)	2 (17%)	
Eher unzufrieden	1 (7%)	0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	0 (0%)	
Angehörigen		1 (7%)	4 (33%)
Sehr zufrieden	5 (36%)	5 (42%)	
Eher zufrieden	6 (43%)	3 (25%)	
Eher unzufrieden	2 (14%)	0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	0 (0%)	
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der/dem/den…?			
Hausärztlichen Praxis		2 (14%)	5 (42%)
Sehr zufrieden	2 (14%)	0 (0%)	
Eher zufrieden	5 (36%)	4 (33%)	
Eher unzufrieden	3 (21%)	2 (17%)	
Sehr unzufrieden	2 (14%)	1 (8%)	
Hämato-onkologische Praxis		1 (7%)	3 (25%)
Sehr zufrieden	2 (14%)	2 (17%)	
Eher zufrieden	6 (43%)	6 (50%)	
Eher unzufrieden	3 (21%)	1 (8%)	
Sehr unzufrieden	2 (14%)	0 (0%)	
Krankenhaus		2 (14%)	3 (25%)
Sehr zufrieden	1 (7%)	2 (17%)	
Eher zufrieden	4 (29%)	4 (33%)	
Eher unzufrieden	5 (36%)	2 (17%)	
Sehr unzufrieden	2 (14%)	1 (8%)	
Patient*in		1 (7%)	3 (25%)
Sehr zufrieden	5 (36%)	7 (58%)	
Eher zufrieden	8 (57%)	2 (17%)	
Eher unzufrieden	0 (0%)	0 (0%)	
Sehr unzufrieden	0 (0%)	0 (0%)	
Angehörigen		1 (7%)	4 (33%)
Sehr zufrieden	5 (36%)	6 (50%)	
Eher zufrieden	8 (57%)	1 (8%)	

Eher unzufrieden	0 (0%)	1 (8%)
Sehr unzufrieden	0 (0%)	0 (0%)

Nutzung der Elemente von OnCoPaTh (Selbstentwickelter Fragebogen)

Tabelle Nutzung der Elemente der neuen Versorgungform OnCoPaTh in der IG - KoPP (t6)

Tabelle 8: Nutzung der Elemente der neuen Versorgungform OnCoPaTh in der IG - KoPP (t6)

Frage / Ausprägungen	IG (N=14), n (%)	NA, n (%)
Während meiner Tätigkeit als KoPP habe ich folgende Elemente von OnCoPaTh im Alltag genutzt, wie zu Beginn des Projektes vorgesehen…		1 (7%)
Palliatives Pflegekonsil mit den OnCoPaTh-Studienpatient*innen	8 (57%)	
Konsil und Austausch über OnCoPaTh-Studienpatient*innen mit dem*der OncoCoach	9 (64%)	
Wissensdatenbank über Komplementäre und Alternative Medizin (KAM-Datenbank)	1 (7%)	
Dokumentationsmodul (App) zur persönlichen Dokumentation der Versorgung	5 (36%)	
Dokumentationsmodul (App) zum patientenzentrierten Austausch mit dem*der OncoCoach	5 (36%)	
Interdisziplinärer Austausch im Behandler*innen-Team (OncoCoach, KoPP, Onkolog*in und ggf. weitere Behandler*innen)	4 (29%)	
Logbuch zur Dokumentation des palliativen Pflegekonsils (Konsil und Austausch mit dem*der OncoCoach)	8 (57%)	
Teilnahme an „Meet&Greet“-Veranstaltungen für KoPPs und OncoCoaches	6 (43%)	
Sonstiges	1 (7%)	

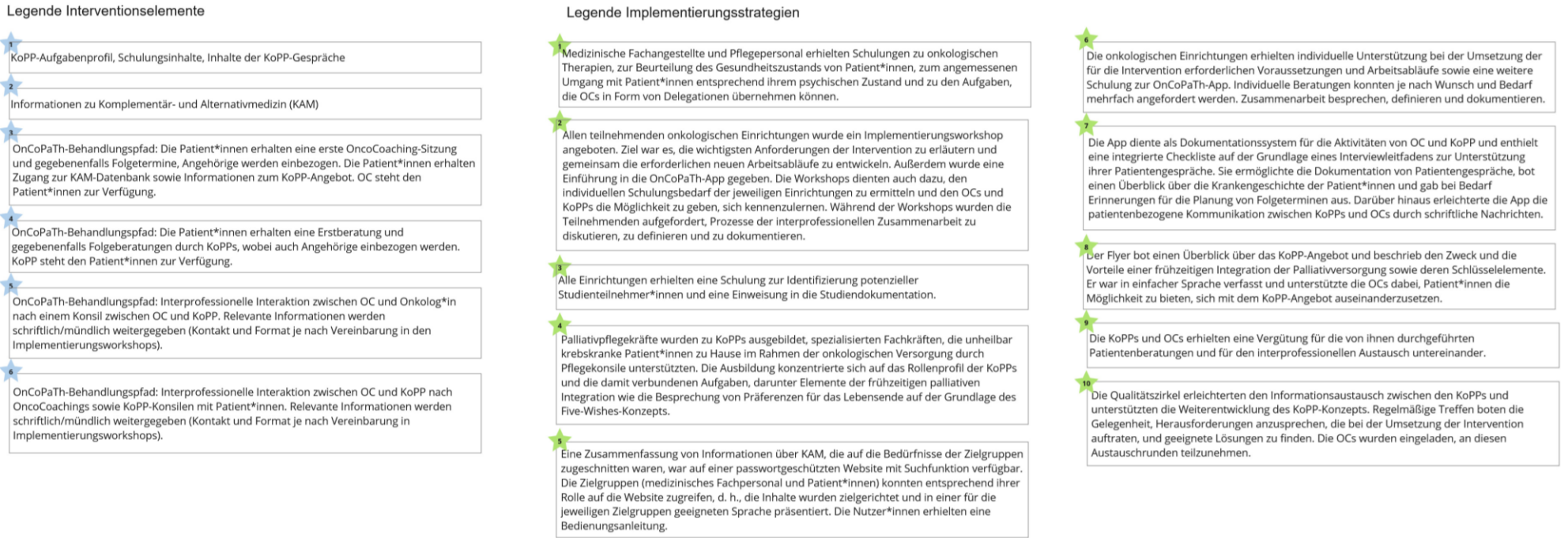
Tabelle Nutzung der Elemente der neuen Versorgungform OnCoPaTh in der VGII - KoPP (t6)

Tabelle 9: Nutzung der Elemente der neuen Versorgungform OnCoPaTh in der VGII - KoPP (t6)

Frage / Ausprägungen	VGII (N=12), n (%)	NA, n (%)
Während meiner Tätigkeit als KoPP habe ich folgende Elemente von OnCoPaTh im Alltag genutzt, wie zu Beginn des Projektes vorgesehen…		4 (33%)
Palliatives Pflegekonsil mit den OnCoPaTh-Studienpatient*innen	6 (50%)	

Konsil und Austausch über OnCoPaTh-Studienpatient*innen mit dem*der OncoCoach	6 (50%)
Interdisziplinärer Austausch im Behandler*innen-Team (OncoCoach, KoPP, Onkolog*in und ggf. weitere Behandler*innen)	5 (42%)
Logbuch zur Dokumentation des palliativen Pflegekonsils (Konsil und Austausch mit dem*der OncoCoach)	6 (50%)
Sonstiges	2 (17%)

Anlage 15: Theory of Change Legende



Annahmen

A. Onkolog*innen sind bereit, den OnCoPaTh-Behandlungspfad umzusetzen und Aufgaben an OCs zu delegieren. Onkolog*innen können mindestens zwei ausgebildete OCs für die delegierten Aufgaben freistellen.

B. KoPP ist bereit, den OnCoPaTh-Behandlungspfad umzusetzen, und verfügt über die erforderlichen zeitlichen Ressourcen für die Aktivitäten im Rahmen des OnCoPaTh-Projekts.

C. Onkolog*innen sind bereit, sich mit OCs abzustimmen, und die Sprechstunden für OncoCoaching wurden aufgenommen. (Zeit- und Raumressourcen sind verfügbar).

D. KoPPs sind bereit, mit OCs und den onkologischen Einrichtungen zusammenzuarbeiten.

E. Onkolog*innen und OCs sind bereit, den OnCoPaTh-Behandlungspfad umzusetzen, und sind in der Lage, sich untereinander abzustimmen.

F. Die Patient*innen sind über die Studie/das OC-Angebot informiert, haben Bedarf daran und sind zur Teilnahme bereit.
Das Monitoring steht für Fragen zur Verfügung und unterstützt den Patienteneinschluss.

G. OC kann die Vorurteile der Patient*innen gegenüber Palliativdiensten abbauen.
Patient*innen möchten/sind bereit für ein Gespräch mit KoPPs.
OCs sind bereit und in der Lage, sich mit KoPPs abzustimmen. KoPPs sind bereit und in der Lage, sich mit OC abzustimmen.

H. Onkolog*innen sind bereit, gemeinsam mit OCs und KoPPs ein Behandlungsteam zu bilden.

I. Onkolog*innen sind bereit, die Erkenntnisse und das Fachwissen der OCs und der KoPPs zu berücksichtigen.

Ergebnisse der Umsetzung

✓ Umsetzungsziel erreicht

? Die Umsetzung des Elements war mit Herausforderungen verbunden, wobei die Umsetzungstreue gering oder ungewiss

! Die Umsetzung des Elements war minimal, oder die zugrunde liegenden Annahmen wurden nur teilweise erfüllt.

X Die Umsetzung des Elements war unzureichend oder die grundlegenden Annahmen wurden nicht erfüllt.